

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND
KARISTUSÕIGUSE OSAKOND

Kirsika Kuutma

TERVISHOIUTÖÖTAJA KRIMINAALVASTUTUSE
MUUTMISE VAJALIKKUSEST EESTIS

Magistritöö

Juhendaja
MA Mare Tannberg

Tallinn
2020

Sisukord

Sissejuhatus.....	3
1. Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse regulatsioon	9
1.1. Ettevaatamatusdelikt	11
1.1.1. Hoolsuskohustus	12
1.1.2. Tagajärje omistamine	15
1.1.3. Subjektiivne koosseis	18
1.2. Ettevaatamatusel toime pandud tegevusetusdelikt	19
1.2.1. Garandiseisund	20
1.2.2. Nõutav tegevus	22
1.2.3. Tagajärg ja selle omistamine	23
1.2.4. Subjektiivne koosseis	24
2. Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse süsteem Põhjamaades	27
2.1. Rootsi	31
2.2. Soome	32
2.3. Norra	35
2.4. Taani	37
3. Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse süsteemi muutmine võrdluses Taaniga ..	41
3.1. Kriminaalvastutuse muutmise lähtekohad	42
3.2. Kriminaalvastutusest vabastamise regulatsioon	46
3.3. Teavitamine kui kriminaalvastutusest vabastamise tingimus	49
3.4. Teavitussüsteemi kitsaskohad	53
Kokkuvõte	59
Summary	65
Kasutatud materjalide loetelu	71
Kasutatud kirjandus	71
Kasutatud normatiivaktid	76
Kasutatud kohtupraktika	76
Kasutatud muud allikad	76

Sissejuhatus

Arsti elukutse on maailmas üks vanimaid, austatumaid ja prestiižsemaid. Juba ürgajal tunti suurt aukartust nõia ehk arsti ees kuni see asendus aukartusega tänapäevase arstikunsti ees. Arenenud on ka arsti ja patsiendi vahekord, kuhu on ilmunud lisaks usaldussuhtele ka õigussuhte, õigustatud ja kohustatud subjekti suhte elemente. Meditsiin on loodusteadus, tervishoid aga avalik õiguslik.¹ Seega on õigus ja meditsiin tänapäeval tihedalt põimunud ning regulatsioone muudetakse ning täiendatakse pidevalt. Nii pole imestada, et muudatused võivad olla seotud sealhulgas ka karistusõigusega, sest tervishoiutöötajad² puutuvad oma töös igapäevaselt kokku inimese elu ja tervisega, mis on karistusõiguslikult tugevalt kaitstud õigushüved.

Hoolimata meditsiinis kehtivatest õiguslikest regulatsioonidest, on oluline, et patsient arsti ka usaldaks, tagamaks tulemusrikas ravi ning selleks peab arstil olema omakorda voli oma kutsetöö piires arstikunsti reeglite järgi sõltumatult tegutseda. Kuid see sõltumatus ei tähenda, et arst on välistatud tsiviil- ja kriminaalvastutusest.³ Muidugi ei saa arsti tegevust üheselt reguleerida ning teatud ulatuses tuleb aktsepteerida mõistliku riski ja intuiitiivse tegutsemise paratamatust. Selleks vajab professionaal aga piisavalt selgeid ja kindlaid õiguslike garantiisid, sest vaid eetikanormidele tuginedes ei ole võimalik vältida meditsiinis ilmnedu võivaid negatiivseid tagajärgi.⁴ Niisamuti ei saa arsti ja patsiendi suhtest rääkides jätta kõrvale meditsiinieetikat, sest öeldakse, et arstikutsest ühe poole moodustavad teadmised ning teise poole eetika. Teadmised ütlevad, mida teha ja eetika ütleb, kas seda teha.⁵

Viimastel aastatel on Eesti meditsiini- ja õigusringkondades üha enam tõusetunud tervishoiutöötaja vastutuse regulatsiooni küsimus ning selle muutmise vajalikkus. Peamiselt on fookuses patsiendikindlustuse süsteemi loomine, eesmärgiga edendada patsiendiohutust, kaitsta seeläbi efektiivsemalt patsientide õiguseid ning arendada tervishoiusüsteemi läbi ohujuhtumitest õppimise. Väidetavalt on üks kitsaskohti, mis

¹ Sootak, J. Meditsiiniõiguse eetilistest lähtekohtadest. Juridica nr 8, 1995. Lk 331-332.

² Käesolev töö lähtub tervishoiutöötaja mõiste sisustamisel tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 3 lg-tes 1 ja 4 defineeritust ehk et tervishoiutöötajad on arst, hambaarst, õde, ämmaemand, proviisor ja farmatseut.

³ Sootak, J. Meditsiiniõiguse eetilistest lähtekohtadest. Lk 331-332.

⁴ Kergandberg, E. Meditsiiniõigusest, eriti transplantatsiooniga seonduvalt. Juridica nr 7, 1994. Lk 175-176.

⁵ Anderson, A. Arstieetikat kujundanud dokumendid ja ajavoolud. Eesti Arst 2013, 92(7). Lk 392.

seada arengut takistab, justnimelt tervishoiutöötajate vastutus. Kuidas saavad need aga olla omavahel seotud? Peamine põhjus, miks ohujuhtumitest ei raporteerita ning mida õiguskirjanduses ja erinevates väljaannetes esile tuuakse, on meditsiinitöötajate hirm vastutuse ees.⁶ Lisaks tuuakse välja, et vastutusest vabastamine annaks arstidele võimaluse võtta vastu raskeid ja riskantseid otsuseid, mis võivad päästa inimese elu, ilma kartmata, et ebaõnnestumise korral võivad nad sattuda kriminaalsüüdistuse alla. Samuti olukordades, kus patsient ootab ja loodab paranemist või ravi aga meditsiiniliselt on väga keeruline aidata.⁷ Vastutusest vabastamise küsimus puudutab eelkõige tervishoiutöötaja kriminaalvastutust seoses karistusseadustiku (edaspidi KarS) sätetega, mis puudutavad surma põhjustamist ettevaatamatusest (KarS § 117) ning raske tervisekahjustuse tekitamist ettevaatamatusest (KarS § 119)⁸, seega on käsitlusel ettevaatamatusdeliktid, sest tahtlike süütegude korral vastutusest vabastamine arutlusel ei ole olnud.

Ajend käesoleva töö kirjutamiseks on seotud muuhulgas menetluses oleva patsiendikindlustuse seaduse eelnõuga, sest nüüd on tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamine viidud seisukohtade avaldamisest seaduseelnõu tasemele ning analüüsi aluseks saab muuhulgas võtta konkreetse sätte ning sellega seotud eesmärgid. Eelnõuga on planeeritud teha kriminaalmenetluse seadustikku muudatus, mis võimaldaks vabastada tervishoiutöötajad kriminaalvastutusest, kui nad täidavad selleks ette nähtud tingimused. Esimene ning kõige olulisem tingimus on ohujuhtumist teavitamine.⁹ Raporteerimine on oluline, et tekkinud vigadest oleks neid analüüsides võimalik õppida, parandades seeläbi tervishoiuteenuste kvaliteeti ja ohutust. Kriminaalvastutuse välistamine on omakorda vajalik, et tervishoiutöötajad julgeksid teavitada ilma karistuse hirmuta.¹⁰ Seega on töös suures osas käsitletud ka raporteerimissüsteemi ning selle analüüsi.

2018. aasta õigusteadlaste päevadel esitati publiku seast aga vastuarvamus, et tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamine ei oleks teiste elualadega võrreldes

⁶ Näiteks Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks. Juridica nr 1, 2019. Lk 61.

⁷ Merilind, E. Mis eristaks arsti roolijoodikust. Äripäev, 12.05.2017. Kättesaadav: https://www.aripaev.ee/uudised/2017/05/11/eero-merilind-mis-eristaks-arsti-roolijoodikust?utm_source=copypaste (28.04.2020)

⁸ Karistusseadustik. RT I 2001, 61, 364

⁹ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Eelnõu nr 19-0548/01. Kättesaadav Eelnõude Infosüsteemist: <http://eelnoud.valitsus.ee/main/mount/docList/beca6d50-8462-4746-8672-2860174edba1#5X58Uz73> Lk 63. (28.04.2020)

¹⁰ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 63.

võrdne kohtlemine.¹¹ Vandeadvokaat Ants Nõmper on koos kolleegidega hiljem õiguskirjanduses asunud seisukohale, et elukutseid ei peaks vastandama, sest ei ole sellist põhiõigust nagu elukutsete võrdne kohtlemine.¹² Samas tuleb arvestada, et isegi kui Põhiseaduses seda otsesõnu kirjas ei ole ning seda teiste põhiõiguste pinnalt tuletada ei ole võimalik, siis § 28 lg 1 annab igaühe õiguse tervise kaitsele¹³, mis tähendab, et elukutsete võrdne kohtlemine devalveeruks tervise kaitse, kui olulisema õigushüve, ees.

Statistiliselt on alates Eesti taasiseseisvumisest väga vähe tervishoiutöötajaid süüdi mõistetud: neli arsti, üks farmatseut, üks ämmaemand ning üks meditsiiniõde.¹⁴ Samuti on ka juriidiliselt väga keeruline tõestada, et tervishoiutöötaja on oma töös olnud hooletu ning karistusõiguses on ettevaatamatusdelikti struktuurile omane lubatud riski instituut. Ettevaatamatusdelikt tuleb lähemalt käsitlusele töö esimeses peatükis. Seega tekib küsimus, kas kriminaalvastutuse välistamine on see tegelik murekoht, mis takistab tervishoiusüsteemi kvaliteedi ja ohutuse arengut.

Eesti on oma patsiendikindlustussüsteemi loomisel võtnud eeskujuks eeskätt Soomes kehtiva süsteemi.¹⁵ Analoogne mudel on pikka aega olnud kasutusel ka teistes Põhjamaades, nii Rootsis, Norras kui ka Taanis, ning seetõttu on Eesti oma seaduse väljatöötamisel võtnud aluseks muuhulgas ka nende riikide sätteid ja praktikat. Hoolimata sellest, et Põhjamaades kasutuses olev mudel on üldjoontes sarnane, on Taani ainus, kelle seadusandluses on samuti ohujuhtumitest raporteerimise korral kriminaalmenetlust välistav säte ning Eesti on oma sätte sõnastamisel selle ka eeskujuks võtnud.¹⁶ Sellel põhjusel keskendub töö kriminaalvastutusest vabastamise sätte vajalikkuse analüüsimisel suures osas Taani mudelile ja praktikale, kuid võtab aluseks ka teiste riikide kogemusi ning nende sobilikkust Eesti konteksti.

Käesolevas töös püstitan hüpoteesi, mille kohaselt ei ole tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamine vajalik ohujuhtumitest raporteerimise soodustamiseks

¹¹ Väitlusjuht S.-H. Evestus. Paneelis osalejad: A. Nõmper, R.-A. Kiivet, K. Tammepuu. Meditsiin ja karistusõigus: range vastutus vs parem kvaliteet. Klipi teostus: Baltic Broadcasting OÜ, 04.10.2018. Kättesaadav: <https://www.uttv.ee/naita?id=27587> (28.04.2020)

¹² Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks. Lk 67.

¹³ Eesti Vabariigi Põhiseadus. RT 1992, 26, 349. § 28 lg 1.

¹⁴ Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks. Lk 60.

¹⁵ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 5.

¹⁶ *Ibid.* Lk 66.

ning seeläbi tervishoiuteenuse kvaliteedi tõstmiseks. Hüpoteesist lähtuvalt olen seadnud kolm eesmärki:

1. Uurida karistusseadustiku § 117 ja § 119 tunnuseid ning analüüsida seaduse probleemkohti tervishoiutöötaja vaatenurgast.
2. Analüüsida patsiendikindlustussüsteemi ja tervishoiutöötajate kriminaalvastutuse regulatsiooni Põhjamaades.
3. Analüüsida tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse süsteemi muutmise vajalikkust võrdluses Taaniga.

Tulenevalt eesmärkidest on töö on jagatud kolmeks peatükiks. Esimese peatüki eesmärk on uurida, millistel alustel tekib tervishoiutöötajal kriminaalvastutus raske tervisekahjustuse tekitamisel ettevaatamatusel ja surma põhjustamisel ettevaatamatusel. Kuivõrd vastutus puudutab eelkõige tegevusetust, siis on analüüsimisel ettevaatamatusel toimepandud tegevusetusdeliktid ning nende koosseisuelemendid tervishoiutöötaja vaatenurgast. Ettevaatamatusdelikti analüüs ning probleemkohtade väljatoomine käesolevas töös on oluline, et anda ülevaade kehtivast seadusandlusest. Samuti ei ole koosseisuelemente varasemalt magistritöö tasemel nii põhjalikult eraldiseisvatena lahatud ning nende sel viisil kirjeldamine aitab hinnata planeeritavate poliitiliste lahenduste vajadust ning perspektiivi.

Töö teine peatükk analüüsib patsiendikindlustussüsteemi ja tervishoiutöötajate kriminaalvastutust Põhjamaades, st Soomes, Rootsis, Taanis ja Norras, sest nendes riikides kasutusel olev süsteem on aluseks Eesti süsteemi väljatöötamisele. Samuti on nendes riikides patsiendiohutuse tagamise ja tervishoiusüsteemi arendamise eesmärgil kasutusele võetud ohujuhtumitest teavitamise süsteem. Peatüki sel viisil üles ehitamine on vajalik, et anda laiem ülevaade muudatustest, mida Eesti planeerib patsiendiohutuse ja tervishoiu vallas kasutusele võtta. Riikide erinevate käsitleste väljatoomine aitab hinnata hüpoteesis välja toodud seisukohta kriminaalvastutuse muutmise vajalikkusest.

Kolmas peatükk keskendub tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamisele ning selle vajadusele lähemalt. Sel põhjusel on peatükis kasutatud suures osas ka Eesti patsiendikindlustuse seaduse eelnõud ning seletuskirja, et anda ülevaade planeeritavatest muudatustest ning võrrelda neid Taani vastava regulatsiooniga. Võrdluse aluseks on suures osas võetud Taani, sest sel riigil on ainsana Põhjamaadest analoogne säte seadusandluses ning seetõttu on oluline kasutada nende eeskujuga

kogemust hindamaks vastutusest vabastamise sätte ja selle aluseks oleva ohujuhtumitest raporteerimise süsteemi kitsaskohti. Peatüki eesmärk on seega analüüsida, kas tervishoiutöötajate vastutusest vabastamine on optimaalne lahendus ka Eesti kontekstis.

Eelnevalt on arsti karistusõiguslikku vastutust magistritöö tasemel uuritud kahel korral 2015. aastal. Esimese töö autor Egert Everaus asus seisukohale, et karistusõiguslik vastutus Eestis vajab muutmist, sest tegelikud meditsiinilised eksimused jäävad peitu, mida kaudselt näitlikustab kohtusse pöördujate väga väike osa. Seega karistusõiguslik süsteem ei tööta ja on vajalik mittesüüalise vastutuse süsteemi sisseviimine. Samas rõhutab autor, et tuleb kaaluda mõlema süsteemi plusse ja miinuseid, et leida Eesti konteksti kõige paremini sobiv lahendus.¹⁷ Teise töö autor Gerda-Johanna Pello uuris, miks on Eestis nii vähe kaasuseid, mis puudutavad arsti karistusõiguslikku vastutust, lähtudes hoolsuskohustuse rikkumisest ja teavitatud nõusoleku puudumisest. Kokkuvõttes asus autor seisukohale, et vastutuse kohaldamine tervishoiutöötajatele on vajalik ning vastutusest vabastamise privilegieering ei ole õigustatud, sest nende tegevus riivab enim inimeste tähtsaimaid õigushüvesid, elu, tervist, kehalist puutumatust ning enesemääramisõigust. On arusaadav, et kohtutesse jõuab niivõrd vähe kaasuseid, sest tõendamine on keerukas ja raske, kuid sellest hoolimata on positiivne, et tõendamine on tõsiseltvõetav ning sellesse suhtutakse tõsiselt.¹⁸ Hoolimata kahest põhjalikust magistritööst, saab öelda, et temaatika on läbi aastate olnud aktuaalne ning on seda tänaseni. Sellele annab tõestust suur hulk vastavasisulist õiguskirjandust, meedias ilmunud artikleid ning seisukohavõtte.

Magistritöös on kasutatud erinevaid Eesti õigusallikaid, peamiselt karistusseadustikku ja selle kommentaare ning kohtupraktikat. Tulenevalt töö teemast, on kasutatud ka patsiendikindlustuse seaduse eelnõud ning eelnõu seletuskirja, kuivõrd nendes on sõnastatud kriminaalvastutusest vabastamise säte ning vastutuskindlustuse loomise eesmärgid. Allikadena on kasutatud veel Eesti ja välisriikide õiguskirjandust ning Soome, Rootsi, Norra ja Taani avalik-õiguslike asutuste kodulehtedelt kättesaadvat infot.

¹⁷ Everaus, E. Arsti karistusõiguslik ja tsiviilõiguslik vastutus Eestis – kas on vaja muutusi? Magistritöö, Tartu 2015. Lk 7, 71-72.

¹⁸ Pello, G.-J. Arsti karistusõiguslik vastutus hoolsuskohustuse ja teavitatud nõusoleku saamise kohustuse rikkumise korral. Magistritöö. Tartu, 2015. Lk 3, 74-77.

Töö kirjutamisel on kasutatud analüütilist, dogmaatilist ja võrdlevat meetodit, mis aitavad kaasa hüpoteesist lähtuvate uurimiseesmärkide saavutamisele.

Märksõnad: karistusõigus, ettevaatamatus, kriminaalvastutus, patsiendi õigused

1. Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse regulatsioon

Vastavalt sissejuhatuses märgitule on käesolevas töös käsitusel tervishoiutöötaja karistusõiguslik vastutus seoses karistusseadustiku sätetega, mis puudutavad surma põhjustamist ettevaatamatusel (KarS § 117) ning raske tervisekahjustuse tekitamist ettevaatamatusel (KarS § 119).¹⁹ KarS'is ette nähtud süütegusid, mida saab kohaldada meditsiini valdkonnale on veelgi²⁰, kuid töös analüüsitavatele ettevaatamatusdeliktidele keskendumisel on ajendiks asjaolu, et menetluses olevas patsiendikindlustuse seaduses on planeeritud rakendussättena kriminaalmenetluse seadustiku (edaspidi KrMS) täiendamine, et vastavate seaduses toodud kriteeriumite täitmisel ei oleks KarS §-d 117 ja 119 enam tervishoiutöötajatele kohaldatavad.²¹

Nagu eelpool öeldud tulevad töös käsitlusele ettevaatamatusdeliktid KarS § 117 ja KarS § 119. Õiguskirjanduses on asutud seisukohale, et tahtlike tegude puhul järgneb vastutus nagu tavaliste tegude puhul, kuid pole õige nimetada ravivigu tahtlikeks.²² Seda muuhulgas põhjusel, et arsti ja patsiendi vaheline suhe ei ole pelgalt kalk õigussuhe, vaid tõsiselt eetiliste alustele toetuv, kus ühel poolel asub inimene, kes palub abi.²³ Samuti juhinduvad tervishoiutöötajad oma töös erinevatest kutse- ja eetikastandarditest. Nii näiteks sätestab Eesti arstieetika koodeks, et “Arsti kutsetöö kõrgeim eesmärk on edendada ja kaitsta inimese tervist”.²⁴ Seega saab öelda, et arstikutsele on omane teatav missioonitunne, millega nad asuvad tööle katsumusterohkes valdkonnas, kus tuleb arvestada, et isegi kui on kasutatud kõiki teadmiseid patsiendi hüvanguks on igal organismil eripärad, mis võivad kaasa tuua muuhulgas ka ravivigu. Seetõttu ei tule käesolevas töös ka käsitlusele tahtlike tegude seonduvad koosseisud. Siinkohal on oluline välja tuua, et ettevaatamatusdeliktidele

¹⁹ Karistusseadustik. RT I 2001, 61, 364

²⁰ Abita jätmine (KarS § 124), raseduse ebaseaduslik katkestamine (KarS §-d 125-128), inimloote ebaseaduslik kohtlemine (KarS §-d 129-132), ebaseaduslik inimuuringute tegemine (KarS § 138), doonorlusele sundimine (KarS § 138¹), ebaseaduslik siirematerjali võtmine (KarS § 139), doonorlusele kallutamine (KarS § 140), ebaseaduslik siirdematerjali võtmine laibalt (KarS § 150), isikuandmete ebaseaduslik avaldamine (KarS § 157), eriliiki isikuandmete, süüteo toimepanemise või selle ohvriks langemise andmete ebaseaduslik avaldamine (KarS § 157¹), kallutamine dopingu kasutamisele (KarS § 195), nakkushaiguse ja loomataudi leviku ohu põhjustamine (KarS § 192), nakkushaiguse ja loomataudi leviku põhjustamine (KarS § 193) ning tegevusloata ja keelatud majandustegevus (KarS § 372).

²¹ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu 19-0548/01. Kättesaadav Eelnõude Infosüsteemist: <http://eelroud.valitsus.ee/main/mount/docList/becca6d50-8462-4746-8672-2860174edba1#5X58Uz73> Lk 15 (28.04.2020)

²² Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks. Lk 60.

²³ Sootak, J. Meditsiiniõiguse eetilistest lähtekohtadest.

²⁴ Eesti arstieetika koodeks, p 1. https://arstideeliit.ee/wp-content/uploads/2011/10/Eesti_arstieetika_koodeks.pdf (28.04.2020)

keskendumine ja tahtlike tegude välistamine ei ole oluline ainuüksi eetika ega missioonitunde seisukohalt, vaid tahtlike süütegude korral ühe eluala esindajate kriminaalvastutusest vabastamine ei oleks õigusriigis vastuvõetav samm ei õiguspoliitiliselt ega ühiskondlikult.

Juhul, kui tegemist on ettevaatamatusest toimepandud tegevusetusdeliktiga, siis tuleb järgida nii ettevaatamatuse kui tegevusetuse struktuuri.²⁵ Selle käsitlemine on vajalik muuhulgas seetõttu, et tegevusetuse analüüsimisel lisandub mitmeid tervishoiutöötajate seisukohast olulisi aspekte nagu näiteks garandikohustus. Seega lisandub mitteehtsa tegevusetusdelikti puhul eriosa sättele vastutus tegevusetuse eest (KarS § 13). KarS § 13 loob karistatavuse alused mitteehtsa tegevusetusdelikti korral ehk olukorraks kus isikul on võimalik tegutseda ja ta on selleks kohustatud. Karistusseadustiku kommenteeritud väljaanne selgitab, et: “Õiguskord ei saa panna kõigile isikutele kohustust alati tegutseda või hoida ära mistahes kahjuliku tagajärje saabumine, kui see on vähegi tema võimuses. Seetõttu saavad mitteehtsate tegevusetusdeliktide eest vastutada ainult teatud isikud, kellel on kohustus tegutseda või kes vastutavad selle eest, et see tagajärg ei saabuks”.²⁶

Esmalt tuleb antud peatükis käsitlusele ettevaatamatuse struktuuri objektiivse ja subjektiivse koosseisu analüüs ning seejärel lisanduvad tegevusetuse koosseisu elemendid. Pikemalt on koosseisuelementidest käsitletud hoolsuskohustust, tagajärje omistamist, garandiseisundit ja nõutavat tegevust, sest nende analüüsimisel ilmnevad tervishoiutöötajate kriminaalvastutusega seotud probleemid kõige teravamalt. Praegu kehtivad regulatsioonid tekitavad meditsiinitöötajates ebakindlust, sest kardetakse süüdiäämist, kui patsiendi raviga seoses juhtub midagi, mis ei ole ravistandardile tavapärane.²⁷ See omakorda toob kaasa tervishoiukvaliteedi languse, sest vigadest ei räägita ja neid peidetakse. Seega on ka patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskirja kohaselt vajalik juurutada tervishoiutöötajate mittekariistava kultuuri põhimõtet, st karistusõiguslikust vastutusest vabastamist, eesmärgiga suurendada patsiendiohutust ning tervishoiusüsteemi efektiivsemat toimimist.²⁸

²⁵ RKKKo 3-1-1-79-10, p 20.

²⁶ Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne. Juura, 2015. Lk 26.

²⁷ Esperk, M. Arstide nõiajahile terendab lõpp. Äripäev. 31.10.2016. Kättesaadav: <https://www.aripaev.ee/uudised/2016/10/31/arstide-noiajahile-terendab-lopp> (28.04.2020)

²⁸ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 3.

Seega on esimese peatüki eesmärk välja selgitada, kas karistusõiguses praegu kehtivad ettevaatamatusdeliktid on tervishoiutöötajate spetsiifilisest valdkonnast, st meditsiinist, tulenevalt ebaefektiivsed ning valdkond vajab teisel viisil reguleeritust või ei ole kriminaalvastutuse välistamine ilmtingimata vajalik eeltingimus patsiendiohutuse arendamiseks.

1.1. Ettevaatamatusdelikt

Nullum crimen nulla poena sine lege põhimõtte kohaselt peab nii tegu, mille eest seadus karistuse ette näeb, kui ka karistus olema selgelt määratletud.²⁹ Õigusteaduste professor Jaan Sootak toob välja antud põhimõtte kohaldatavuse paradoksi ettevaatamatusdeliktide puhul, öeldes, et ettevaatamatuse karistatavus põhineb just asjaolude tunnetatavuse mõistmisel ning see muudab ettevaatamatusdelikti ebaõigussisu sageli antud põhimõtte kohaselt küsitavaks. Ettevaatamatuse korral puudub isikul teadmine ja tahtmine taunitava teo asjaoludest ja seega puudub esmapilgul ka põhjus teisiti käituda. Ühiskond on see, mis paneb kohusetundlikule kodanikule kohustuse näha ette ja vältida ohte, mis võivad rikkuda kellegi teise õigushüvesid. Selline kohustus ei ole piiramatu, vaid sõltub konkreetsest valdkonnast ja seal kehtivatest hoolsusnõuetest. Just hoolsuskohustus loob ettevaatamatusdeliktile omase sisu.³⁰ Järelikult on ettevaatamatuse süütegude puhul tegemist kohati väga subjektiivsete normidega, millel on küll ette nähtud konkreetne struktuur ja koosseisuelemendid, kuid mille sisustamine on väga keeruline ja sõltub palju konkreetse õiguskaitseorgani isiku enda hinnangutest.

Järgnevalt analüüsin käesolevas töös ettevaatamatusdelikti objektiivse ja subjektiivse koosseisu elemente ning selguse huvides toon siinkohal esmalt välja struktuuri.

Ettevaatamatuse struktuuri objektiivne koosseis:

1. tegu kui hoolsuskohustuse rikkumine
2. tagajärg ja selle omistamine:
 - objektiivne ettenähtavus
 - õigusvastasusseos

Subjektiivne koosseis:

1. kergemeelsus või

²⁹ Karistusseadustik § 2 lg 1.

³⁰ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Kirjastus Juura, 2018. Lk 436.

2. hooletus.³¹

1.1.1. Hoolsuskohustus

Hoolsuskohustust ei ole seni õnnestunud ammendavalt süstematiseerida, kuivõrd ükski süüteokoosseisu säte ei näe ette hoolsaks käitumiseks kohustavat normi.³² Riigikohus on rõhutanud, et KarS § 117 ja § 119 on niinimetatud igaühedeliktid, mis tähendab, et hoolsuskohustuse rikkumise sisutamisel tuleb eelkõige lähtuda üldinimlikust hoolsuskohustusest, mille aluseks on moraalinormid ja tavad.³³ Kuid oleks ka mõeldamatu, et kõiki inimsuhete sfääre saab reguleerida konkreetsete normidega. Pealegi on hoole ilmutamise kohustus liiga üldsõnaline ja ei anna vastust sellele, mida inimene mingis olukorras peab tegema või millist teguviisi temalt oodatakse. Seega tuleb hoolsuskohustuse sisutamisel appi võtta arusaadavuse kriteerium – arusaadavus kuriteokoosseisu realiseerimisest. Selle põhieeldus on, et isik saab tegelikult situatsioonist aru ja näeb ette enda ja teiste isikute tegevuse tulemusi.³⁴ Just arusaamine tegevuse ohtlikkusest põhjustabki sageli küsimuse, milliseid hoolsusnõudeid tuleb järgida. Eriti oluline kuriteokoosseisu realiseerimisest arusaamise seisukohast on hoolsusmäära kindlakstegemine harva esinevates situatsioonides, mille jaoks ei ole hoolsusnõudeid veel ette nähtud.³⁵

Nii on näiteks meditsiin üks selliseid valdkondi, kus võib neid nõ harva esinevaid situatsioone esineda väga tihti. Iga patsiendi organism on erinev ja võib reageerida küllaltki tavapärasele ravile ootamatult, olenemata sellest kui hoolas oli tervishoiutöötaja oma tegevuses. Sellisel juhul on väga keeruline sisustada arusaadavuse kriteeriumit, kuivõrd tegevuse ohtlikkus ei olnud ravi alustamisel üldse küsimus.

Seega tuleki hoolsuskohustuse sisutamisel arvesse võtta ja eristada ka konkreetsetes valdkonnas tegutsevalt isikult nõutavat spetsiaalset hoolsuskohustust, mis on vastavate õigusnormidega sätestatud.³⁶ Nii on näiteks Riigikohtu Kriminaalkollegium öelnud, et oodatava hoole puudumine kujutab endast arstiteaduse üldisest tasemest madalamal tasemel ravimist võlaõigusseaduse (edaspidi VÕS) § 762 mõttes ning karistusõiguslikku

³¹ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Ptk 4.

³² Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Komm. Lk 61.

³³ RKKKo 3-1-1-136-05, p 15.

³⁴ Kuhl, K. Karistusõigus. Üldosa. Juura, Tallinn 2002. Lk 356-357.

³⁵ *Ibid.* Lk 359.

³⁶ RKKKo 3-1-1-136-05, p 15.

hoolsusvastasust KarS § 119 tähenduses. Samas võib täiendavalt arvesse võtta ka head meditsiinilist tava ja meditsiinieetikat.³⁷ VÕS § 762 sätestab, et “/.../ tervishoiuteenus peab vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega”.³⁸

Riigikohus on arstiteaduse üldist taset sisustanud, kui “/.../ ravimeetodeid, mida käsitletakse arstide väljaõppes ja täiendkoolituses ja millest madalamal tasemel ravimine on raviviga.”³⁹ Seega võiks tervishoiutöötajate kriminaalvastutuse tekkimise aluseks pidada muuhulgas hoolsuskohustuse rikkumisest tulenevat raviviga. Probleem on siinkohal aga selles, et mõistel raviviga puudub seadusandluses legaaldefiniitsioon ning erinevad allikad annavad sellele erineva sisu. Meditsiini valdkonnaga kokku puutuvad inimesed on sellel teemal arutledes toonud välja, et kohtus peab ekspertiis sellest hoolimata leidma vastuse, kas raviviga on toime pandud või mitte. Üldiselt on asutud seisukohale, et olulisem on eristada tüsistusi ja ravivigu, sest tüsistused on paratamatus ning võivad kaasneda iga protseduuriga. Ravivigu tuleb praktikas pigem vähe ette, kuid meditsiinitöötajad sageli pehmenavad oma vigu või ei taha nendest rääkida.⁴⁰

Karistusõiguse professor Erich Samson on seisukohal, et kuivõrd hoolsuskohustuse rikkumise teooria peab silmas ka lubatud riski esinemisvorme, ei ole mingis situatsioonis küsimus mitte konkreetse hoolsale käitumisele vastava kohustuse leidmises, vaid teatud teod tunnistatakse lubatud riski kaalutlusest lähtuvalt lubatuks. Ka siis kui need on äratuntavalt ohtlikud.⁴¹ Ka teised õigusteadlased on seda teemat analüüsides toonud välja, et kuigi isik peab vastutama oma tegude eest ning olema veendunud, et need ei tekita teistele tõsist ohtu, ei ole olukordades, kus see ei õnnestu, kriminaalvastutus alati asjakohane.⁴² Või seda juhul, kui isik peab kinni riski vähendavate hoolsusreeglite teatud standardist.⁴³ Seega, kui arst oma tegevuses saab aru, et ta ohustab sellega patsienti, näiteks võtab ette riskantse operatsiooni, kuid käitub

³⁷ RKKKo 3-1-1-136-05, p 20, 21.

³⁸ Võlaõigusseadus. RT I 2001, 81, 487. RKKKo 3-1-1-79-10, p 20

³⁹ RKKKo 3-1-1-79-10, p 15

⁴⁰ Arutelu Eesti Rahvusringhäälingu saates Suud puhtaks. Arutelus osalejad: Einasto, M., Orgse, T., Allikvee, R., Kannus, A. jt. Esmaeetris 11.09.2018. Kättesaadav ERR arhiivist: <http://arhiiv.err.ee/vaata/suud-puhtaks-57> (28.04.2020)

⁴¹ Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Tallinn, 2001. Lk 343.

⁴² Tadros, V. Recklessness and the Duty to Take Care. Artiklikogumikust Criminal Law Theory: Doctrines of the General Part. Toimetanud Shute, S., Simester, A.P. Oxford University Press, 2002. Lk 228-229.

⁴³ Kühl, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 357.

sealjuures lubatud riski piires ja vastavalt ravijuhistele, on tegemist hoolsusreeglitele vastava käitumisega.

Riigikohus on arsti hoolsuskohustuse rikkumist analüüsinud põhjalikult: “Hoolsuskohustust rikkuv on siiski vaid selline käitumine, millega ületatakse lubatud riski piire. See tähendab, et tegu tulebki lugeda hoolsuspäraseks, kui see jääb meditsiiniliselt paratamatu ja meditsiinieetiliselt tolereeritava riski piiridesse. Nii ei saa näiteks arstile ette heita seda, et ta kogu aeg ei viibi patsiendi juures või et ta normaalselt kulgeva sünnituse korral ei näe ette ootamatuid tüsistusi. Kuid arsti teos ei saa välistada hoolsusetust näiteks põhjendusega, et ta töölt puududes või vajalikke analüüse tegemata /.../ jättes nägi ette üksnes teoreetiliselt võimalikke probleeme. Just niimoodi käitudes võib arst luua kõrgendatud ohu - võimaluse, et ta jääb vajalike ravitoimingutega hiljaks. Seega tuleb ettevaatamatusdelikti korral arsti teo hoolsusvastasuse üle otsustamisel ka hinnata, kas tegu ületas lubatud riski piiri või mitte.”⁴⁴ Õiguskirjanduses on tõstatatud probleem, et kui mingi konkreetse meditsiinilise protseduuri läbiviimine võib ühe valdkonna arstile tunduda rutiinne, kuigi erialaarst omab teadmist, et sellega kaasnevad kindlad riskid ning hooletust saab omistada siis, kui suudetakse tõestada, et see protseduur on tõepoolest riskantne, siis kuidas seda tõestada, kui üldiselt tundub protseduur turvaline?⁴⁵

Praktikas on esinenud vaid üksikuid meditsiiniga seotud kaasuseid, mis on jõudnud süüdimõistmiseni ning seega on väga raske teha üldistusi ja kokkuvõtteid. Kuid erialakirjanduses on rõhutatud, et hoolsuskohustuse rikkumine on vähemalt meditsiinis väga ebamäärane mõiste, mille sisustamine kohtusaalis on keeruline, eriti arvestades, et reeglina puudub nii kohtunikul kui ka prokuröril meditsiiniline haridus. Seega võibki niivõrd spetsiifilise valdkonna puhul kujuneda otsuse langetamine kõhutundest.⁴⁶ Kohus kasutab ravivea ja tekitatud tervisekahjustuse raskusastme tuvastamiseks kohtumeditseeniekspertiisi, kuid lõpliku otsuse langetab siiski kohtunik.⁴⁷ Ka Euroopa Inimõiguste Kohus on rõhutanud, et keerukate meditsiiniliste diagnooside ja otsustega seotud olukordades ei saa uurimisasutused ja kohtud asuda vahetute meditsiiniekspertide asemele, mis puudutab hinnangu andmist meditsiinilistele otsustele

⁴⁴ RKKKo 3-1-1-79-10, p 22.

⁴⁵ Tadros, V. Recklessness and the Duty to Take Care. Lk 256.

⁴⁶ Quick, O. Medicine, mistakes and manslaughter: a criminal combination? Cambridge Law Journal, 69(1), March 2010. Lk 192-193.

⁴⁷ Jaago, O., Paal, K., Olle, V. Meditsiiniõiguse kommentaarid. OÜ Greif, 2003. Lk 53.

ja ravivõtetele. Seega on ekspertide arvamusel väga suur kaal ning tuleb olla veendunud, et nad on pädevad ja sõltumatud.⁴⁸

Mõnes mõttes on asjaolu, et kohtutes kasutatakse seisukoha kujundamiseks muuhulgas oma valdkonna tunnustatud eksperte ning kohtumedititsiinieksperiti, tervishoiutöötajate positsiooni toetav. Hoolsuskohustuse rikkumine sisutatakse nende endi kolleegide seisukohtade kaudu. Kohtunikul on loomulikult õigus otsustada enda südametunnistusest lähtuvalt, kuid ilma vajalike valdkonnapõhiste meditsiiniteadmisteta on seda oluliselt keerulisem teha.

Professor Kristian Kühl rõhutab, et hoolsuskohustuse rikkumise analüüsimisel peab muuhulgas selgusele jõudma ka selles milline käitumine on antud situatsioonis õiguskorrale vastav ehk et milline on hoolsusnõuetele vastav käitumise määr, et sellega saaks võrrelda isiku käitumist.⁴⁹ Nii näiteks on tervishoius ette nähtud ravijuhendid, milles on kirjeldatud nõuded konkreetse tervishoiuteenuse osutamiseks ja mis sisaldavad konkreetse valdkonna üldtunnustatud ravimeetod.⁵⁰ Samas ei tähenda see Riigikohtu hinnangul seda, et nendes sisalduvate reeglite rikkumine on koheselt ka hoolsuskohustuse rikkumine. Nii on ka näiteks üldtunnustamata ravimeetodite rakendamisel võimalik, et ravi vastab arstiteaduse üldisele tasemele.⁵¹

Järelikult on hoolsuskohustus väga lai mõiste, mille sisustamine sõltub väga paljudest väikestest aspektidest, mis meditsiinis võivad esineda ning mida suudavad mõista ainult oma valdkonna eksperdid. Tervishoiutöötajatega seotud kohtuasjade puhul peaks vähemalt teoreetiliselt olema võimalus rakendada rohkem erinevaid (kohtumedititsiini)eksperte, et arvamuste ring oleks laiem.

1.1.2. Tagajärje omistamine

Järgmise ettevaatamatusdelikti struktuuri elemendina tuleb kontrollida hoolsusetu teo tulemusel saabuva tagajärje objektiivset ettenähtavust, mis tähendab, et tulenevalt konkreetsetest asjaoludest on sündmuse juhtumise võimalikkus teo toimepanija

⁴⁸ EIKo 49045/13, 12.09.2017, Rõigas vs. Eesti. P 115.

⁴⁹ Kühl, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 359.

⁵⁰ RKKKo 3-1-1-79-10, p 16.

⁵¹ RKKKo 3-1-1-79-10, p 17.

hinnangul reaalne, mitte pelgalt teoreetiline.⁵² Karistusseadustiku kommentaarides rõhutatakse, et hoolsusvastasuse kindlakstegemisel ei arvestata toimepanija individuaalseid võimeid, see lahendatakse subjektiivse koosseisu analüüsi raames.⁵³ Prof Kühl selgitab, et objektiivse ettenähtavuse kontrollimiseks kasutatakse õiguskorra isikustamist ehk niinimetatud tüüpisikut kasutades – normikuulekas inimene, kes järgib oma südametunnistust, on ettenägelik, saab aru oma tegevuse ohtlikkusest ja teab kuidas seda vältida. Orienteeruma peab siinkohal kitsale valdkonnale, st lähtuda tuleb hoolikast erialaarstist, mitte lihtsalt hoolikast arstist.⁵⁴ Riigikohus kasutab siinkohal terminit objektiivne *ex ante* vaatleja, kes “/.../ peab ära tundma hoolsusvastase teo tagajärjel tekkinud või tekkida võiva ohu. Ettenähtav peab olema ka võimalus, et hoolsusvastase teoga loodud oht võib realiseeruda just sel kujul, mis pärineb ohust. Niimoodi tehakse kindlaks objektiivselt ettenähtav põhjuslikkus objektiivse koosseisu tasandil, samas kui asjaolu, kuidas süüdistatav ise olukorda hindas, tuleb kontrollida alles subjektiivse koosseisu juures.”⁵⁵ Näiteks “/.../ sisemise verejooksu kahtlusega patsiendi ravijuhendile mittevastavalt hospitaliseerimata jätmisel on ilmne, et see võib välistada hilisema õigeaegse abi võimalikkuse ning selle tagajärjel võib saabuda kannatanu surm, mis ei kujuta endast pelgalt abstraktset ja hüpoteetilist võimalust.”⁵⁶

Praktikas võib *ex ante* vaatleja kasutamine osutada väljakutseks, eriti kui on tegemist väga spetsiifiliste meditsiiniliste protseduuridega. Samuti võib tekitada küsimusi, et kuidas on mingis konkreetses olukorras õiglane eriteadmistega isikult, nt arstilt, nõuda oma valdkonna teadmist tasemel, mis vastaks hoolikale erialaarstile. Näiteks on ühes osakonnas tööl arstid, kes on oma valdkonnas ametis olnud 20-30 aastat, täiendavad pidevalt ennast, käivad koolitustel ja konverentsidel ning lisaks neile veel üks arst, kellel on kogemust vaid paar aastat. Meditsiinilisi protseduure läbi viies on loomulikult ka noorel, alles alustanud arstil kohustus olla hoolikas, kuid kas antud olukorras on õiglane teda võrrelda kolleegidega ning nõuda temalt rohkem, kui ta oma kogemuse pinnalt suuteline on. Võrdluseks olukord, kus kogenud erialaarstile määratakse raskemad patsiendid, kellel läbiviidava operatsiooni puhul on teada, et tüsistuste tõenäosus on suurem ja vähem kogenud erialaarst, kes saab lihtsamad operatsioonid. Ühe arsti tüsistuste määr on statistiliselt suurem. Kas see tähendab, et ta on ebapädevam?

⁵² Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Lk 442.

⁵³ Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Komm. Lk 63.

⁵⁴ Kühl, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 360.

⁵⁵ RKKKo 3-1-1-79-10, p 23.

⁵⁶ RKKKo 1-15-6223, p 13.

Prof Samson leiab, et üldise ettenähtavuse teooria kohaselt ei teki üldse sellist küsimust, sest kui isik omab erioskuseid- ja teadmiseid, siis laieneb ettenähtavuse ala ja tegemist on nii ehk naa hoolsusetusega. Samas, individuaalse ettenähtavuse teooria kohaselt peaks taolised küsimused lahendama subjektiivse koosseisu all.⁵⁷ Üldine ettenähtavus tundub tervishoiutöötajate seisukohast ebaõiglasem, sest erioskuste omamise eest ei peaks neid karistama. Samas tuleb tõdeda, et erioskuste omamine asetab nad positsiooni, kus nende kätte on usaldatud inimese elu ja tervis ning need oma olemuselt väga tugevasti kaitstud õigushüved, millesse ei saa leebemalt suhtuda. Tuleb ka arvestada, et järgnevad ettevaatamatusdelikti koosseisuelemendid teeksid selle nõ ebaõigluse tasa.

Selleks, et põhjustatud tagajärg toimepanijale omistada, tuleb kontrollida ka põhjuslikku seost ja õigusvastasusseost. Teo ja tagajärje vaheline põhjuslik seos tuvastatakse *conditio*-vormeli järgi. Kas mõtleme hoolsuskohustust rikkuva teo tervikuna ära ja ka tagajärg langeb ära või tegu jääb alles, kuid mõtleme ära teo hoolsusvastasuse ning tagajärg langeb ära. Ettevaatamatusdelikti eripärast tulenevalt on oluline tuvastada tagajärje ja hoolsusvastasuse seos nii, et tagajärg on seotud hoolsusvastasusega. See on võimalik, kui hoolsa teo korral ei oleks tagajärg kindla tõenäosusega külgneva teadmisega saabunud. Ehk siis tagajärg peab olema teo ajal ilmnunud riskifaktorite realiseerumise tulemus.⁵⁸

Lisaks tuleb analüüsida õigusvastasusseost ehk olukorda, kus tagajärg saabuks ka hoolsuskohustusele vastava käitumise korral.⁵⁹ Karistusseadustiku kommentaarides on selgitatud, et õigusvastasusseose puudumise korral on hoolsuskohustust rikkuv tegu ja tagajärg küll põhjuslikus seoses, kuid see seos ei ole õiguslikult relevantne. Seda seetõttu, et eksisteerib õiguspärane alternatiivkäitumine, mis oleks põhjustanud sama tagajärje. Alternatiivkäitumist tohib hinnata ainult konkreetse situatsiooni kontekstis, kus hoolsuskohustust rikkuv tegu asendatakse mõtteliselt õiguspärase käitumisega.⁶⁰ Prof Sootak selgitab, et: “/.../ kui õiguspärane käitumine ei oleks suutnud õigushüve

⁵⁷ Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Lk 345-349.

⁵⁸ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Juura, 2018. Lk 445.

⁵⁹ RKKKo 3-1-1-136-05, p 9.

⁶⁰ Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Komm. Lk 64.

kaitsta, siis ei ole õiglane tegijale ette heita selle käitumise puudumist, millest ei oleks õigushüvele mingit kasu olnud”⁶¹.

Riigikohtu Kriminaalkolleegiumi lahendis nr 1-15-6223 mõisteti erakorralise meditsiini osakonna arst Igor Gorjatšjov süüdi raviveas, mis põhjustas patsiendi surma. Patsient toodi haiglasse sisemise verejooksu kahtlusega, kuid I. Gorjatšjov ei võtnud arvesse mitmeid verejooksule viitavaid näitajaid - patsiendi madalat vererõhku, hemoglobiini ja hematokriti langust, kiirabikaardi andmeid ja patsiendi haiguste varasemat anamneesi - ning jättis patsiendi hospitaliseerimata. Järgmisel päeval toodi patsient taas haiglasse, kus talle tehti verejooksu peatamiseks operatsioon, kuid verejooksu ei suudetud peatada ning patsient suri. Tuvastamaks, kas I. Gorjatšjovi hoolsuskohustuse rikkumise ja kannatanu surma vahel on õigusvastasusseos, konstrueeris kohus eeldatava hoolsuspärase käitumise. Patsiendil esinenud kaksteistsõrmiksoole haavandi õigeaegne tuvastamine on ekspertiisiakti kohaselt 95% juhtudest ravitav. Järelikult oleks I. Gorjatšjovi õigeaegne tegutsemine vähendanud tagajärje saabumise riski ning tuntavalt suurendanud kannatanu pääsemisvõimalust. Pelgalt võimalus, et ka hoolsuspärase käitumise korral pole täielikult välistatud samaväärse tagajärje saabumine, ei ole piisav õigusvastasusseose välistamiseks. Õigusvastasusseos puuduks antud kaasuse puhul siis, kui saab tõsikindlalt väita, et ka hoolsuspärane käitumine oleks viinud hinnanguliselt samaväärse tagajärje saabumiseni.⁶²

1.1.3. Subjektiivne koosseis

Subjektiivse koosseisu analüüsimisel tuleb uurida kas ja kuidas tunnetas hoolsusetust käitumisest tulenevat ohtu teo toimepanija ja kas tegelikkuses realiseerunud tagajärg oli talle äratuntav ning mil viisil ta sellesse suhtus.⁶³ Karistusseadustik näeb subjektiivse koosseisu tunnustena ette kergemeelsuse ja hooletuse. KarS § 18 lg 2 kohaselt paneb isik teo toime “/.../ kergemeelsusest, kui ta peab võimalikuks süüteokoosseisule vastava asjaolu saabumist, kuid tähelepanematusel või kohusetundetuse tõttu loodab seda vältida” ning § 18 lg 3 kohaselt “/.../ hooletusest, kui ta ei tea süüteokoosseisule vastava asjaolu esinemist, kuid oleks seda tähelepaneliku ja kohusetundliku suhtumise korral pidanud ette nägema”.⁶⁴

⁶¹ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Lk 449.

⁶² RKKKo 1-15-6223, p 1.1., 18, 19.

⁶³ Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Komm. Lk 65.

⁶⁴ KarS § 18 lg 2 ja lg 3.

Samas on prof Sootak toonud välja vastuolu KarS'is, viidates §-le 38 – süü puudumine ettevaatamatuse korral⁶⁵ – mis sätestab muuhulgas, et “/.../ isikul puudub süü, kui ta oma vaimsete või füüsiliste võimete tõttu ei ole suuteline aru saada, mida temalt eeldatakse, või oma käitumist vastavalt sellele arusaamisele juhtima”⁶⁶. Seega peaks isiklike võimete analüüsi puudutama alles süü all?

Prof Sootak lahendaks selle olukorra nii, et ühe variandina tuleks KarS'i § 18 juures arvestada keskmist inimest ning individuaalseid võimeid arvestada alles süü juures. Teise variandina tuleks küsida, kas isik sai aru asjaoludest, mille tõttu oht suurenes ning kas ta soovis ohtu kõrvaldada või leppis olukorraga ning et kas vaatamata tema individuaalsele võimele seda ära hoida käitus ta siiski viisil, mis tagajärje tegelikult põhjustas. Niiöelda kompromissina, kaldudes siiski teise variandi poole, on see lahendatud nii, et objektiivse koosseisu kõrval nähakse ka subjektiivset ning subjektiivse koosseisu omistamise küsimused lahendatakse lõplikult süü tasandil.⁶⁷

Erialakirjanduses on lennukalt arutletud, et juhul kui isik ei ole oma teo võimalikest tagajärjest teadlik, siis ehk peaks tuvastama, kas ta on vastutav oma väära veendumuse eest, sest see põhjustas tema ignorantsuse teo asjaolude suhtes. Tavainimese puhul ei oleks see lähtekoht oluline, kuid arst, kellelt üldsus eeldab rohkem, kui teistelt, peaks omama patsiendi tervist puudutavates asjades vähemalt kindlat teadmist.⁶⁸

1.2. Ettevaatamatusest toime pandud tegevusetusdelikt

Nagu eespool öeldud, tuleb ettevaatamatusest toime pandud tegevusetusdelikti puhul analüüsida nii ettevaatamatuse kui ka tegevusetuse koosseisuelemente. Hea ülevaate tegevusetusdeliktide olemusest annab prof Sootak: “Tegevusetusdelikte on kriminaalõiguses palju vähem kui tegevusdelikte, sest õigusnormidest kinnipidamine ehk õiguskuulekas käitumine seisneb vähemalt kriminaalõiguslikust seisukohast enamasti passiivses käitumises. Kes midagi ei tee, see ei tee ka ebaõigust („kes magab, see ei tee pattu“). Ka ei saa kriminaalõigus panna inimestele karistusähvarduse abil kuigi palju kohustusi päästa ohus olevaid õigushüvesid. Samas on siiski olukordi, kus

⁶⁵ Sootak, J. Karistatav tegevusetus – unustatud dogmatikafiguur. Juridica nr 7, 2000.

⁶⁶ Karistusseadustik § 38.

⁶⁷ Sootak, J. Ettevaatamatus – uuenev dogmatikafiguur. Juridica nr 2, 2003. Lk 100-101.

⁶⁸ Tadros, V. Recklessness and the Duty to Take Care. Lk 243.

ühiskond on õigustatud nõudma ühelt oma liikmelt teise päästmist ning rakendama selle nõudmise tagamiseks koguni karistusähvardust.”⁶⁹

Olles esmalt tuvastanud objektiivse hoolsuskohustuse rikkumise, tuleb piiritleda tegu ja tegevusetus ning seejärel analüüsida isiku garandiseisundit ning konstrueerida nõutav tegu. Tegevusetusdelikti struktuurielemendid on järgnevad:

Objektiivne koosseis:

1. tegutsemiskohustuse alus ehk garandiseisund
2. nõutav tegevus
3. tagajärg ja selle omistamine.

Subjektiivne koosseis:

1. kergemeelsus või
2. hooletus.⁷⁰

Prof Kühli sõnul ei ole üldiselt teo ja tegevusetuse piiritlemine keeruline, kuid ta leiab, et kahtluse korral on hea lähtuda energiapanuse ja kausaalsuse kriteeriumitest. Kui isik annab oma positiivse energia kasutamisega tõuke põhjusliku seose kulgemiseks on tegemist tegevusega aga kui isik jätab kasutamata võimaluse oma energia rakendamisega põhjusliku seose arengut mõjutada on tegemist tegevusetusega.⁷¹ Seega käesolev töö teo ja tegevusetuse piiritlemisel siinkohal rohkem ei peatu. Oluliselt pikemat analüüsi vajavad alljärgnevad koosseisuelemendid.

1.2.1. Garandiseisund

Kui tegevusetusdelikti toimepanija kontrollib oluliselt määral enda poolt põhjustatud kausalahelat, siis mitteehtne tegevusetusdelikt tekib toimepanijast sõltumata. Seega saab toimepanija panna võrreldavasse olukorda vaid siis, kui ta täidab mingid teatud kriteeriumid, mis võimaldaksid talle sedalaadi kontrolli.⁷² Riigikohus toob välja, et sedalaadi kontroll on seotud garandiseisundiga, mis loob õiguskorras aluse tegutsemiskohustusele, olles KarS § 13 lg 1 tähenduses normatiivne mõiste. Kohtupraktikas on kasutusel kaks mõistet. Esiteks kaitsegarant, kes peab tagama, et tema kaitse all olevat õigushüve ei kahjustataks ning teiseks valvegarant, kes peab ära

⁶⁹ Sootak, J. Karistatav tegevusetus – unustatud dogmatikafiguur.

⁷⁰ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Lk 462.

⁷¹ Kühli, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 386.

⁷² Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Lk 391.

hoidma mõne õigushüve kahjustamise tema valve all oleva ohuallika poolt. Seega tuleb ära näidata, et isiku kaitse all oli teatud õigushüve, mida ta pidi ohtude eest hoidma, või pidi isik teatud ohuallikast tulenevad kahjulikud mõjud elimineerima.⁷³

Eristamine on oluline, et tuua välja garandiseisund (kaitsegarant) ja garandikohustus (valvegarant). Esimene näitab tegutsemiskohustuse tekkimise alust ja teine selle sisu.⁷⁴ Ettevaatamatuse korral rikub isik tahtmatult hoolsuskohustust nt ta ei pruugi tajuda oma garandiseisundit. Samas tuleb arvestada, et hoolsus tähendab ka kohustust tunnetada ohtu ja tajuda tingimusi, milles viibitakse.⁷⁵ Üldiselt ei ole kohtulahendites vaidlust selle üle, et arst või mõni muu tervishoiutöötaja on patsiendi suhtes kaitsegarant. Garandikohustus tekib töökohustustest tulenevalt. Pigem tekitab vaidlust see, kas kaitsefunktsioon on mõnele teisele tervishoiutöötajale üle läinud ning kas konkreetne tervishoiutöötaja jättis nõutava tegevuse tegemata. Prof Kühl selgitab, et kaitsefunktsiooni üleminekust saab rääkida juhul, kui ülevõtja ka tegelikult vastava ülesande enda peale võtab ja see on kooskõlas õigustatud isikute tahtega.⁷⁶

Riigikohtu Kriminaalkolleegiumi lahendi nr 3-1-1-63-00 alusel, mis oli kvalifitseeritud Kriminaalkoodeksi § 120 lg 4 järgi ehk raseduse ebaseaduslik katkestamine, saab tuua näite. Niinimetatud Stigma abordi kaasuses viis dr Irene Kärner läbi raseduse katkestamise, mis hilisemas järelkontrollis osutus ebaõnnestunuks. Patsient suunati teise arsti juurde ultraheliuuringule, kes tuvastas raseduse jätkumise, kuid ei teavitanud sellest patsienti ning määras talle järgmiseks päevaks narkoosi all läbiviidava järelpuhastuse. Ultraheliuuringu läbi viinud arst teavitas dr Kärnerit abordi ebaõnnestumisest ning palus tal vastav protseduur uuesti läbi viia. Operatsioonil eeldas dr Kärner, et patsienti on raseduse jätkumisest ning uue abordi vajalikkusest teavitatud. Ka teistkordne raseduse katkestamine ei õnnestunud ning emaka seina läbistamise tulemusena sai patsient eluohtliku soolekinnisti vigastuse. Kahel korral aborti läbi viia üritanud dr Kärner sai süüdistuse ebaseadusliku abordi toimepanemises.⁷⁷ Menetlus Riigikohtus tõi välja meditsiiniõiguse põhitõe, mille kohaselt on raviarsti kohustus teavitada patsienti raviprotseduuride ebaõnnestumisest ning välja selgitada tema tegelik tahe seoses uue meditsiinilise sekkumisega. Raviarsti vastutus ei lähe üle mõnele teisele arstile ka siis, kui mingid protseduurid viib läbi teine arst. Juhul, kui mitu arsti töötab

⁷³ RKKKo 3-1-1-33-14, p 16.

⁷⁴ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Lk 474-475.

⁷⁵ RKKKo 3-1-1-45-14, p 8.

⁷⁶ Kühl, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 400-401.

⁷⁷ Nõmper, A. Stigma abordi kaasus. Juridica nr 7, 2000. Ptk I, 1.1.

koos, peab igaüks selgitama tema valdkonda kuuluvat osa.⁷⁸ Üleminek peab lisaks kokkuleppele olema ka faktiline.⁷⁹ Järelikult on meditsiinis raviarstil patsiendi suhtes garandikohustus, mille puhul kaitsefunktsioon ilma vastava tahteavalduseta kellelegi teisele üle ei lähe.

Ants Nõmper on antud kaasust teravalt kritiseerinud, viidates sellele, et raviarstil on peaaegu võimatu patsienti nõuetekohaselt nõustada, kui protseduur leiab aset järgmisel päeval. Tema sõnul võib argumenteerida, et kui ravile suunav ultraheliarst määras kindlaks ravi läbiviimise aja ja koha ning oli teadlik, et raviarst lähtub pimesi tema pandud diagnoosist, siis võttis ta ka üle kohustuse patsienti operatsiooni vajalikkusest ning sellega kaasnevatest riskidest teavitada. Samas nõustub Nõmper sellega, et raviarst peab patsiendiga suheldes vähemalt veenduma, et patsienti on nõustatud ning ta on protseduuriga nõus.⁸⁰ Ka Riigikohus ei välista tööjaotuse alusel teiste isikute vastutusele võtmist, kuid see ei vabastaks teisi, nt antud juhul raviarsti, vastutusest.⁸¹ Nii nagu eelpool rõhutatud, on inimese elu ja tervis olulised õigushüved. Sel põhjusel peaks vähemalt teoreetiliselt olema patsiendi ravimisel põhimõte, et pigem küsida üle, kui usaldada pimesi kolleege. Ka kõige paremad spetsialistid eksivad.

1.2.2. Nõutav tegevus

Järgmise tegevusetusdelikti objektiivse koosseisu tunnuseks tuleb konstrueerida nõutav tegevus. Prof Samsoni sõnul tuleb normi tõlgendades esmalt silmas pidada, kas nõutav tegevus peab silmas tegusid, mis oleksid kannatanu olukorda ka tegelikult ja *ex post* aidanud või piisab ka teost, mis kannatanu olukorda *ex ante* parandab või kohustab norm toime panema sellist tegu, mis toimepanija silmis vähemalt loob võimaluse kannatanu aitamiseks. Seejärel tuleb konstrueerida võimalikult konkreetset tegevust, mis normitõlgendamise tagajärjel tundub nõutav.⁸² Riigikohtu praktika kohaselt tuleb selleks luua *ex ante* vaateleja positsioon ehk kuidas oleks süüdistatava asemel toiminud keskmiselt kohusetundlik ja ettenägelik, samas eluvaldkonnas tegutsev isik ehk et: “/.../ kui isik on teatud eluvaldkonnas tegutsedes põhjustanud õigushüvede kahjustamise, tuleb tema käitumist võrrelda väljamõeldava kolmanda isiku hüpoteetilise, mõistliku

⁷⁸ RKKKo 3-1-1-63-00, p 7.1.-7.4.

⁷⁹ RKKKo 1-17-7111, p 18.

⁸⁰ Nõmper, A. Stigma abordi kaasus. Ptk II, p 2.2.

⁸¹ RKKKo 1-17-7111, p 18.

⁸² Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Lk 373.

alternatiivkäitumisega.”⁸³ Tervishoiutöötajate puhul tuleb *ex ante* vaatelejana arvestada mitte ainult samas eluvaldkonnas, vaid ikkagi samas erialases valdkonnas töötavat isikut. Praktikas võib taolise keskmise inimese konstrueerimine osutuda keeruliseks, kui valdkond on väga spetsiifiline ning sellel alal töötavaid praktikuid on riigis vaid mõned üksikud.

Prof Kühli sõnul tuleb päästetegevuse konstrueerimisel arvestada, et see peab olema sobiv ohustatud õigushüve päästmiseks ja see peab olema isikule isiklikult võimalik. Siinjuures ei ole oluline kas situatsioon on õigesti ohtliku olukorrana hinnatud ning isik on päästevahenditest teadlik, vaid et see on isikule objektiivselt arusaadav.⁸⁴ Riigikohtu sõnul ei ole sealjuures välistatud, et: “/.../ nõutav tegu konstrueeritakse etapiviisiliselt, alustades oluliselt varasemast perioodist, kui seda on viimased sündmused enne tervisekahjustuse tekkimist. Vastasel juhul võib kujuneda olukord, kus arsti tegevusetuse karistusõigusliku hindamise alt jäävad välja kõik tema eelnenud tegematajätmised ning vaatluse alla võetakse ainult kõige viimane tegu, milleks võib olla patsiendi elu päästmine viisil, mis on meditsiiniliselt põhjendatud /.../. Kriminaalkolleeegium märgib, et karistusõiguslik hinnang peab aga hõlmama ka arsti varasemat hoolsusetust, mis tegelikult viiski eluohtliku seisundi tekkimiseni.”⁸⁵

1.2.3. Tagajärg ja selle omistamine

Hüpoteetilist kausaalsust ehk tagajärje omistamist tegevusetusele ja nõutava tegevuse konstrueerimist tuleb vaadelda koos, sest kui kujutleda tegevust, mis oleks tagajärje kindlasti ära hoidnud, siis on selge, et selle tegematajätmine põhjustas tagajärje ja oli seega hüpoteetiliselt kausaalne.⁸⁶ Samas on erialakirjanduses just tagajärje omistamine kujunenud filosoofiliseks üldprobleemiks, sest kas tegevus saab tagajärjega tõeliselt põhjuslikus seoses olla, kas eimillestki saab tekkida midagi.⁸⁷ Seetõttu kasutatakse õigushüve ähvardava ohu suhtes riski vähendamise teooriat, mille kohaselt nõutav tegevus oleks suure tõenäosusega aidanud kaasa tagajärje saabumise vältimisele ja päästmisvõimaluse suurenemisele. Nt arsti ja patsiendi vahelistes suhetes osutamata

⁸³ RKKKo 3-1-1-90-06, p 31.

⁸⁴ Kühli, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 390-391.

⁸⁵ RKKKo 3-1-1-79-10, p 25.

⁸⁶ Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Lk 378-379.

⁸⁷ Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Lk 382.

jäänud ravi oleks suure tõenäosusega pidanud patsiendi tervise halvenemise või surma ära hoidma.⁸⁸

Riigikohtu praktika sisustab tagajärje omistamist järgnevalt. “Tegevusetusdelikti korral tuleb silmas pidada ka põhjusliku seose tuvastamise eripära – põhjuslikkus tuleb konstrueerida hüpoteetilisena. Eelöeldu tähendab, et teo tegemata jätmise ja tagajärje vahel on põhjuslik seos, kui kindla teadmisega külgneva tõenäosusega saab väita, et see tagajärg ei oleks saabunud, kui nõutav tegu juurde mõelda /.../ Lisaks põhjuslikkusele tuleb kontrollida ka tagajärje normatiivset omistatavust ehk seda, kas ettevaatamatusdeliktile iseloomulikuna oleks õiguspärane käitumine tagajärje ära hoidnud. Siingi pole välistatud etapiviisiline lähenemine. Silmas tuleb pidada, et õiguspärase alternatiivkäitumise kontrollimisel ei vaadelda eelkõige tagajärje ärahoidmise tõenäosust, vaid piisab ka sellisest nõutavast teost, mis oleks vähendanud tagajärje saabumise riski ja suurendanud päästmisvõimalust. Seega piisaks tervishoiuteenuse ebakvaliteetse osutamisega ettevaatamatusest ja tegevusetusega raske tervisekahjustuse tekitamise asjades muude eelduste esinemisel isiku vastutusele võtmiseks ka sellest, kui kohus tuvastab, et õiguspärane alternatiivkäitumine ehk siis nõutav tegu oleks vähendanud ohtu ja kannatanu oleks võinud pääseda kergemalt.”⁸⁹

Just tagajärje omistamine võib osutuda üheks kõige keerulisemaks tegevusetusdelikti koosseisuelemendiks tervishoiutöötajate tegevuse analüüsimisel. Tulenevalt nende töö spetsiifikast ja iga patsiendi organismi eripäradest on raske tagantjärele tuvastada, mis oleks antud olukorras olnud võimalik alternatiivkäitumine. Haigused on ajas muutuvad, mis tähendab, et ühel päeval ei pruugi olla sümptomid veel välja kujunenud, kuid järgmisel päeval on need juba eluohtlikud. Konstrueerides nõutavat tegevust, tuleks see täpsuse huvides välja arvestada näiteks iga haiguspäeva kohta eraldi ning seejärel analüüsida, kas see tegevus oleks tagajärje ära hoidnud.

1.2.4. Subjektiivne koosseis

Subjektiivne koosseis on seotud kõikide objektiivse koosseisu asjaoludega ning isik peab olema teadlik oma garandiseisundist, st mitte seisundi õiguslikust tähendusest,

⁸⁸ Kuhl, K. Karistusõigus. Üldosa. Lk 393.

⁸⁹ RKKKo 3-1-1-79-10, p 26.

vaid asjaoludest, mis garandiseisundit faktiliselt loovad.⁹⁰ See tähendab, et tervishoiutöötaja peab olema teadlik ja saama aru, et ta on patsiendi tervisesse puutuva eest vastutav ning et keegi teine tema asemel sellega ei tegele.

Kergemeelsus ja hooletus on KarS'is defineeritud ning nende käsitus on analoogne ettevaatamatusdelikti subjektiivse koosseisuga nagu välja toodud punktis 1.1.3. See tähendab, et kui näiteks arst näeb, et patsiendil on tekkinud eluohtlik seisund, peab ta tähelepaneliku ja kohusetundliku suhtumise korral vähemalt ette nägema, et kui ta ei kasuta oma erioskuseid võib see põhjustada ohtu patsiendi elule ja tervisele. Seega on tervishoiutöötajatel nende väljaõppest tulenev kohustus saada aru, et nende tegevus või tegevusetus võib põhjustada patsiendile kahju ning nad peavad sellega arvestama.

Kokkuvõtvalt on ettevaatamatusdelikti peamised probleemkohad seotud hoolsuskohustuse ja uurimisorganite vajalike meditsiiniliste taustateadmiste puudumisega, mis omakorda raskendab *ex ante* vaatleja konstrueerimist. Ettevaatamatusest toimepandud tegevusetusdelikti peamised probleemid ilmneseid garandiseisundi ja nõutava tegevuse analüüsimisel.

Tervishoiutöötajate puhul on väga keeruline rääkida hoolsuskohustuse rikkumisest, sest nende erialale on omane vastutada patsiendi elu ja tervise eest, mis oma olemuselt nõuab kõrgendatud hoolsuskohustuse täitmist. Samas ei ole kuskil määratletud, et milline see hoolsuse määr täpselt olema peab. See on ühtlasi ka ettevaatamatusdeliktidele omane paradoks. Seega tuleb hoolsuskohustuse laiendamiseks põhjalikumalt analüüsida lubatud riski instituuti ning arvestada senisest enam meditsiinilisi eripärasid, mis on igas valdkonnas omakorda väga spetsiifilised ning sõltuvad muuhulgas ka arsti erialasest ettevalmistusest.

Meditsiini eripärad tekitavad praktikas probleeme ka kriminaalmenetluse läbiviimisel ja kohtuotsuse langetamisel, sest nii prokuröridel kui ka kohtunikel puuduvad vastavad eriteadmised. Loomulikult ei ole mõistlik eeldada, et nad peavad olema kursis kõikide elualade valdkonnaspetsiifikaga ning seetõttu kasutataksegi menetluses oma valdkonna eksperte ja kohtumeditiinieksperte. Nende arvamusele oleks mõistlik anda suurem kaal, sest meditsiinilistele otsustele ja ravivõtetele hinnangu andmisel on nende seisukohad asendamatud. Samas tuleb olla veendunud, et arvamuste ring ei jääks kitsaks

⁹⁰ Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Komm. Lk 30.

ja rakendataks võimalusel mitmeid oma ala eksperte. Seda põhjusel, et Eesti on väike ning oma valdkonna spetsialistid paratamatult tunnevad teineteist ning ei pruugi seetõttu jääda objektiivseks.

Tegevusetusdelikti puhul ilmneb probleem esiteks garandiseisundiga. Küsimus ei ole tervishoiutöötaja kaitsegarandi seisundi tuvastamises, vaid selle võimalikus üleminekus mõnele teisele tervishoiutöötajale. Eriti keeruliseks võib selle tuvastamine muutuda olukordades, kus patsiendiga seotud kahju on jaotunud mitme haiguspäeva peale või on üks arst ilma vastavasisulise tahteavalduseta teisele arstile garandiseisundi üle andnud. Teiseks ilmneb tegevusetusdelikti problemaatilisus tagajärje omistamisel ja nõutava tegevuse konstrueerimisel. Haigustele on omane nende kiire muutumine ajas, mistõttu on keeruline tagantjärele tuvastada, mis oleks olnud õiguspärane alternatiivkäitumine. Sama küsimus tõusetub ka näiteks keeruliste diagnoosidega patsientide puhul või raskete operatsioonide korral, kus otsuste vastuvõtmine on sageli sekundite küsimus. Sellistes olukordades on äärmiselt raske konstrueerida nõutavat tegu, ka sellist, mis oleks suure tõenäosusega suurendanud patsiendi päästmisvõimalust. Võimaliku lahendusena võiks nõutava tegevuse analüüsimisel rakendada mitte selle konstrueerimist tervikuna, vaid üksikute ajaühikute või etappidena. See aitaks ehk kaasa meditsiinile omase kiire muutuvuse paremale analüüsimisele.

2. Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse süsteem Põhjamaades

Põhjamaades võttis esimese riigina patsiendikindlustuse süsteemi 1975. aastal kasutusele Rootsi. Järgnesid 1986. aastal Soome, 1988. aastal Norra ning 1992. aastal Taani, kes kõik lähtusid suuremal või vähemal määral Rootsi mudelist.⁹¹ Põhjamaadest viimasena lisandus 2001. aastal Island, kes omakorda toetub suures osas Taani mudelile.⁹² Mujal maailmas on analoogne kompensatsioonisüsteem kasutusel näiteks Uus-Meremaal alates 1972. aastast, kuid sealne õnnetusjuhtumite kompenseerimise seadus erineb Põhjamaadest selle poolest, et hõlmab endas kõiki isikukahjusid, nende tekkepõhjusest olenemata.⁹³ Erinevus ilmneb ka selles, et kui seal katab maksumaksja kõik kulud, siis Põhjamaades on kulutused jaotatud ning reeglina kehtib vastutuskindlustussüsteem.⁹⁴

Niinimetatud Põhjamaade mudel (*Nordic model*) lähtub lihtsast patsiendikesksest arusaamast, et tervisekahjustus peab alati saama kompenseeritud. Laiemalt vaadates on kompensatsioonisüsteem üles ehitatud analoogsele meditsiinisüsteemile Eestiga. Näiteks, et tervishoiusüsteem on riiklikult rahastatud sihtotstarbeliste maksude kaudu, tervishoiutöötajad töötavad tegevusloa alusel, mida väljastab avalik õiguslik asutus, patsientidel on õigus tervishoiutöötajate tegevuse peale kaebus esitada jms. Just sellised regulatsioonid loovadki pinnase tervisekahjude kompenseerimise süsteemi loomiseks.⁹⁵

Teine oluline märksõna on välditavus ehk et süüle ja hooletusele keskendumise asemel tuleb kindlaks teha, millised vigastused on hüvitise saamiseks kõlbulikud. Niinimetatud välditavusstandardil põhinev süsteem annab õiguse kahjunõudele, kui sama kahju oleks tekkinud ka vastava valdkonna parimal arstil. St vigastust oleks saanud vältida optimaalsetes oludes.⁹⁶ Tegemist on seega riskivastutusega ehk süüta (*no-fault*) vastutusega, kus ei ole oluline tõestada, kes on süüdi, vaid, et on tekkinud kahju.⁹⁷

⁹¹ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Chicago-Kent Law Review. Vol 87, no 1, 2012. Lk 112.

⁹² Kachalia, A.B., Mello, M.M., Brennan, T.Y., Studdert, D.M. Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. Social Science & Medicine. Vol 66, issue 2, January 2008. Lk 389.

⁹³ Lötjönen, S. Meditsiini kahjude kompenseerimine Soomes. Juridica nr 2, 1997.

⁹⁴ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Lk 114.

⁹⁵ *Ibid.* Lk 112-114.

⁹⁶ Kachalia, A.B., Mello, M.M., Brennan, T.Y., Studdert, D.M. Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. Lk 388, 389.

⁹⁷ Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust

Üldiselt saab Põhjamaade mudeli kohaselt õigustatud isik, kes on kannatanud kahju, kompensatsiooni küsida kolmel eri viisil: vastavalt deliktiõiguslikele normidele, vastavalt patsiendikindlustuse süsteemile või vastavalt patsiendi isiklikule kindlustusandjale. Reeglina deliktiõigust ei kasutata ning seega tekkinud kahjusid käsitletakse kohtulikult väga harva. Üheks peamiseks põhjuseks on see, et kohtusse pöördudes on tõendamiskohustus kahju saanud isikul. Patsiendikindlustussüsteemist lähtudes on tema positsioon märkimisväärselt parem.⁹⁸ Võrdluseks, kui Põhjamaade mudelis tehakse teravalt vahet patsiendikindlustuse süsteemil ja deliktiõigusel, st inimesel on õigus valida üks või teine, siis näiteks Uus-Meremaa süsteemile on iseloomulik, et kahjujuhtumitega tegelev asutus omab kohustust õiguskaitseorganeid tõsistest meditsiinilistest rikkumistest teavitada.⁹⁹ Lisaks on vastutuskindlustuse süsteem lahenduse leidmise seisukohast oluliselt kiirem, olles spetsialiseerunud keerulisele meditsiini valdkonnale ja vastandudes kohtusüsteemile, mis töötab oluliselt aeglasemalt. See oli ka üks põhjuseid, mis andis tõuke Põhjamaade mudeli tekkele.¹⁰⁰

Seega, süsteemi toimimise seisukohast on oluline eelkõige, et on loodud vastav siseriiklik ja toimiv regulatsioon, ei ole ebavajalikke ja keerulisi juriidilisi protseduure, patsient saab õiglast hüvitist, süsteem toetab tervishoiuasutuste koostööd ja kogutud infot kasutatakse tervishoiu edendamiseks ja vigastuste ennetamiseks.¹⁰¹

Tervishoiu edendamise ja patsiendiohutuse arendamise eesmärgil on nii Soomes, Rootsis, Norras kui ka Taanis kohustus teavitada patsiendiga seonduvatest ebasoodsatest sündmustest (*adverse events*). Tekkinud ebasoodsaid sündmuseid analüüsitakse, et vältida nende kordumist tulevikus ning seeläbi parandada tervishoiu kvaliteeti. Igal riigil on selles vallas veidi erinev lähenemine, mis tuleb käesolevas peatükis käsitleda riigipõhiselt. Taani teavitussüsteemi regulatsiooni põhjalikum analüüs on lahti kirjutatud töö kolmandas peatükis.

patsiendikindlustuse loomiseks. Lk 58.

⁹⁸ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Lk 116.

⁹⁹ Kachalia, A.B., Mello, M.M., Brennan, T.Y., Studdert, D.M. Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. Lk 391.

¹⁰⁰ *Ibid.* Lk 388.

¹⁰¹ Jorstad, R. G. The Norwegian System of Compensation to Patients. Medicine and Law. Issue 21(4), 2002. Lk 682.

Põhjamaade mudeli suurim pluss on ilmselt see, et patsientide õiguslik positsioon on märkimisväärselt paranenud. Samuti saavad nad õiglast kompensatsiooni laiaulatuslikumat, kui traditsioonilise vastutuse põhimõtte kohaselt ehk hooletusest tingitud kahjude korral. Fookuse liikumine tervishoiutöötajate süü küsimuselt eemale on parandanud tervishoiutöötajate ja patsientide suhteid, sest kahjude korral ei otsita süüdlast, vaid tegeletakse patsiendile kahjude hüvitamisega. See omakorda on muutnud tervishoiusüsteemi avatumaks muuhulgas ka meditsiinitöötajate omavahelises suhtluses, sest on kadunud varasemad stigmad, st vigadest räägitakse avatumalt.¹⁰²

Põhjamaade mudeli kõrvalmõjuna tuuakse välja, et ravivead (väärravi) on mõnikord varjatud. Samuti, et fookus on ainult kahjustatud isikule kompensatsiooni määramisel ning deliktiõigusele omast preventiivset mõju justkui ei eksisteeriks. Lisaks tuuakse välja ootamatult suured administratiivkulud, kuigi võiks eeldada, et võrreldes kohtuga on süsteem ökonoomsem.¹⁰³ Samuti tuleb riikide võrdluses esile, et kuna *no-fault* süsteem on üles ehitatud põhimõttele, kus süüdlase otsimine ei ole eesmärk, siis tegeleb väärravi läbiviinud meditsiinitöötajaga reeglina tööandja ehk tervishoiuteenuse osutaja.¹⁰⁴ See, mil viisil ja kuidas sellega tegeletakse on tihtipeale asutuse siseasi.

Ebasoodsate sündmuste esinemisega seotud andmete kogumisel on palju kasutegureid. Kõige olulisem neist on patsiendiohutus läbi tervishoiusüsteemi arendamise, et vältida tulevikus tekkivaid vigu. Samuti aitab see kaasa meditsiini valdkonna reputatsiooni tõusule, tervishoiutöötajate suuremale usaldamisele ja töömoraali kasvule. Vigade vähenemine mõjutab muuhulgas tervishoiusüsteemi tõhusust ja seeläbi rahastust, näiteks väheneb haiglapäevade arv. Andmete kogumine aitab ka organisatsioonisiselt ressursse paremini suunata, sest toob esile töökorralduslikud vead.¹⁰⁵

Teavitussüsteemi miinuseks on, et andmete kandmine süsteemi ei ole ühetaoline. Erineva taseme tervishoiutöötajad täidavad seda erineva täpsusastmega, hoolimata sellest, et see on kõigile võrdne kohustus. Arusaam, mis on viga ja millest täpselt tuleb

¹⁰² Jorstad, R. G. The Norwegian System of Compensation to Patients. Lk 686.

¹⁰³ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Lk 115, 129.

¹⁰⁴ Supervision of healthcare in Finland. Information about using health services in Finland and abroad. Kättesaadav EU-healthcare.fi kodulehelt: <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/supervision-of-healthcare-in-finland/> (28.04.2020)

¹⁰⁵ Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., jt. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. QJM: An International Journal of Medicine, Volume 108, Issue 4, April 2015. 29.07.2014. Lk 274-275.

teavitada võib samuti erineda.¹⁰⁶ See võib kaasa tuua olukorra, kus ainult mingi osa edastatud raportitest on piisava detailsusastmega, et neid saaks analüüside tegemiseks kasutada.¹⁰⁷

Kõik Põhjamaad omavad väga head statistilist ülevaadet patsiendikindlustusjuhtumitest ning nende esitamine on aasta aastalt tõusuteel. Näiteks Taanis oli juhtumite arv 2008. a 5519 ja 2010. a 7489. Üldiselt kompenseeritakse ca 35% juhtumitest. Norras vastavalt 32%, Rootsis 44% ja Soomes 30%.¹⁰⁸

Ebasoodsatest sündmustest teavitamise statistika sellisel kujul kättesaadav ei ole ning riigipõhiselt on andmete kogumine väga erinev. Nii on näiteks Taanis kohustus teavitada kõikidest patsientidega seotud sündmustest, mis on seotud ravi või haiglas viibimisega¹⁰⁹ ja Norras jällegi ainult nendest, mis on patsiendi elu ja tervist tõsiselt ohustavad¹¹⁰. Rahvusvaheliselt on kasutusel patsiendiohutuse analüüsimiseks ja ebasoodsate sündmuste esinemise mõõtmiseks erinevaid mõõdikuid, sh nt *Global Trigger Tool*, kuid info edastamine sinna on vabatahtlik ning riikidepõhist statistilist võrdlust ei ole võimalik leida.¹¹¹ Samuti koostavad patsiendiohutuse alast statistikat mitmed rahvusvahelised organisatsioonid. Sealhulgas OECD, kes kogub statistikat üksikute kirurgiliste protseduuride kohta ja analüüsib nendega seotud tüsistusi. Nende statistika alusel on näiteks 2017. aastal operatsioonijärgse sepsise esinemissagedus pärast kõhuõõneoperatsiooni 100 000 elaniku kohta Taanis 1123.5, Soomes 3234.9, Norras 2418.0 ja Rootsis 1428.7.¹¹² Samas tuleb arvestada, et statistika sõltub suures osas sellest, kuidas riigid siseriiklikult andmeid koguvad ja neid edastavad. Seega ei

¹⁰⁶ Plocharska, M. A., Horsbøl Hansen, M. Optimization of Incident Reporting System for Danish Healthcare. Master's thesis. Aalborg University. June 2015. Kättesaadav: <https://projekter.aau.dk/projekter/files/213503245/grp1075bedoemmelse2015.pdf> Lk 7. (28.04.2020)

¹⁰⁷ Svansoe, V. L. Patient safety without the blame game. BMJ, vol 347. 27.07.2013. Kättesaadav: <https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/724779?path=/bmj/347/7918/Feature.full.pdf> Lk 17. (28.04.2020)

¹⁰⁸ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Lk 128.

¹⁰⁹ Health Care in Denmark. Ministry of Health and Prevention, 2008. Kättesaadav: <https://tyskland.um.dk/de/~media/Tyskland/German-site/Documents/Reise%20und%20Aufenthalt/Health%20Care%20in%20Denmark.pdf> Lk 32. (28.04.2020)

¹¹⁰ Could this have happened here? Examples and experience gained from investigation of serious adverse events 2010–2013. Report of the Norwegian Board of Health Supervision. 3/2014. Kättesaadav: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/english/serious_adverse_events_report_3_2014.pdf Lk 9-12. (28.04.2020)

¹¹¹ IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Kättesaadav Institute for Healthcare Improvement'i kodulehelt: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx> (28.04.2020)

¹¹² Post-operative sepsis after abdominal surgery. Health Care Quality Indicators: Patient Safety. Kättesaadav OECD.Stat kodulehelt: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884> (28.04.2020)

anna ebasoodsate sündmuste esinemise statistiline võrdlemine käesolevale tööle olulist lisandväärtust.

2.1. Rootsi

1975. aastal Rootsis vastu võetud süsteem põhines esialgu tervishoiuteenuse osutaja ja kindlustuskompanii vabatahtlikul kokkuleppel.¹¹³ 1997. aastal võeti vastu patsiendikindlustuse seadus (*Patient Insurance Act*), mis muutis vastutuskindlustuse tervishoiuteenuse osutajatele kohustuslikuks. Rootsis haldavad meditsiiniteenuste osutamist valdavalt maakonna volikogud ning seega on nad ka enamiku hüvitisenõuete objektiks. Maakonnad kasutavad vastastikust kindlustusseltsi (*The County Council's Mutual Insurance Company ehk LÖF*), mis kuulub maakondadele. Sel viisil menetletakse ca 90% kahjunõuetest. Patsiendid saavad kahjunõude esitamiseks pöörduda otse LÖF'i poole.¹¹⁴

Seadusest tulenevalt tuleb tekkinud kahju ning tervishoiuteenuse osutamise vahel kindlaks teha põhjuslik seos ning näidata, et vigastusi oleks olnud võimalik vältida. Hüvitatavate vigastuste peamised tüübid on seotud diagnoosimise, ravi ja nakkustega ning hüvitatakse nii füüsilised kui ka vaimsed kahjud.¹¹⁵ Kahjunõude esitamisel kogub vastutav ametnik kokku kõik tõendid ning küsib seisukoha vastava ala spetsialistilt (arstilt), kellel on valdkonnas väga hinnatud kogemus. Põhiprintsiibi kohaselt makstakse kompensatsiooni, kui kogenud spetsialist oleks saanud vigastusi vältida. Kui vastav tõenäosus on suurem, kui 50%, saab hüvitise välja maksta. Kohtutes on tõendamiskohustus sageli 70%.¹¹⁶

Vaidluste lahendamiseks on loodud komitee (*Patient Claims Panel*), mis koosneb seitsmest liikmest, sh professionaalne kohtunik eesistujana. Komitee otsused ei ole täitmiseks kohustuslikud, vaid pigem soovituslikud, kuid reeglina kindlustusandja alati järgib seda. Umbes 10% juhtudest teeb komitee kindlustusandjast erineva otsuse.¹¹⁷

¹¹³ Lötjönen, S. Meditsiini kahjude kompenseerimine Soomes.

¹¹⁴ Johansson, H. The Swedish system for compensation of patient injuries. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 2010; 115(2). Lk 88-89.

¹¹⁵ Johansson, H. The Swedish system for compensation of patient injuries. Lk 88-89.

¹¹⁶ Essinger, K. The Swedish Medical Injury Insurance. Report 20.02.2009. Kättesaadav: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija_sabiedribas_lidzdaliba_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/zviedrijas_traumu_apdrosin.pdf (28.04.2020)

¹¹⁷ Johansson, H. The Swedish system for compensation of patient injuries. Lk 88-89.

Komitee, kui kohtuvälise menetluse kasutamine ei välista hilisemate kohtumenetluste kasutamist. Komitee otsust saab kohtus tõendina kasutada.¹¹⁸

Ebasoodsatest sündmustest kohustab teavitama 2010. aastal vastu võetud patsiendiohutuse seadus (*Patient Safety Act*). Seaduse kohaselt on tervishoiutöötajad oma vigade eest ise vastutavad ning omavad kohustust süstemaatiliselt tegeleda patsiendiohutuse alase tööga, sh analüüsida ebasoodsaid sündmuseid ning koheselt teavitada patsiente ning tema lähedasi. Juhul kui patsient on saanud kahju seoses raviga või võib omada ravi tõttu potentsiaalset ohtu tervisele on tervishoiutöötajal kohustus teavitada Terviseametit (*National Board of Health and Welfare*), kes olenevalt sündmusest võib avaldada kriitikat või edastada Meditsiinilise Vastutuse Nõukogule (*Medical Responsibility Board*) taotluse distsiplinaarmedetmete rakendamiseks.¹¹⁹

Rootsi süsteemi kriitikana tuuakse välja, et *no-fault* kompensatsioonisüsteem ei ole seotud kaebustega tervishoiutöötajate vastu, mis moodustab täiesti omaette protseduuri ning millega tegeleb täiesti teine asutus. Näiteks 2011. aasta esimeses kvartalis esitati 700 kaebust otseselt tervishoiutöötajate vastu ning vaid ca 6% protsendil juhtudest võeti midagi ette. See omakorda takistab patsiendiohutuse arengut. Asi on väidetavalt nii hull, et Rootsist on saanud turvaline riik nendele arstidele, kes ei peaks üldse praktiseerima. Näitena on esile toodud üks arst, kellel jäi diagnoosimata 27 nahavähi juhtu ning ta vallandati alles siis, kui haigla ei suutnud välistada, et tegelikkuses võib olla veelgi rohkem juhtumeid. Rootsi Meditsiiniliit (*Swedish Medical Association*) tunnistas, et arstide puuduse tõttu tuginetakse vähem turvalistele protseduuridele.¹²⁰

2.2. Soome

1986. aastal võeti Soomes vastu patsiendikahju seadus (*Patient Injuries Act*) ning selle raames loodi Patsiendikindlustuse Keskus (*Finnish Patient Insurance Centre*), mille ülesanne on tegeleda vastavalt seadusele kõikide patsiendikahjudega, mis ilmnevad

¹¹⁸ Budzowska, J. Extrajudicial compensation proceedings for injured patients in Sweden and in Poland. 19.01.2020. Kättesaadav: <https://personalinjurylawyers.pl/extrajudicial-compensation-proceedings-for-injured-patients-in-sweden-and-in-poland/> (28.04.2020)

¹¹⁹ Anell, A., Glenngard, A.H., Merkur, S. Sweden. Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. 2012, Vol. 14, No. 5. Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf Lk 38. (28.04.2020)

¹²⁰ Bogdan, J. Medical malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here? Center for Justice and Democracy. Nr 21, July 2001. Kättesaadav: <https://www.centerjd.org/content/white-paper-medical-malpractice-sweden-and-new-zealand-should-their-systems-be-replicated-0> Lk 5-7. (28.04.2020)

tervishoiussüsteemis ning teostada hüvitise väljamaksed. Patsient saab oma kaebusega pöörduda otse nende poole.¹²¹ Hüvitatakse füüsilised kaebused (kehavigastused), mis on seotud näiteks osutatud raviteenusega, ravi ajal saadud infektsiooniga, ootamatute vigastustega ravi osutamisel (nt transportimine ühest palatist teise), meditsiiniseadmetega seotud vigastused või ravimite manustamisega seonduv. Hüvitamisele ei kuulu rahaline kahju, mis ei ole seotud kehavigastusega, vigastused, mis tekivad tavalise abiteenuse (nt kodune abi) ajal, hooldekodus elamisega seotud ravi-, abistamis- ja jälgimisteenused ning väheolulised vigastused, isegi kui need vastavad hüvitise saamise tingimustele muul alusel.¹²²

Tervishoiu järelevalvet teostab Riiklik Heaolu ja Tervishoiu Järelevalveamet (*National Supervisory Authority for Welfare and Health* ehk *Valvira*) ning nende pädevuses on muuhulgas surma või raskeid kehavigastusi põhjustanud intsidendi uurimine. Teisi kaebused seoses meditsiiniliste vigade või vääraviga uurib piirkondlik haldusasutus (*Regional State Administrative Agency*). Esmane järelevalvekohustus tervishoiutöötajate tegevuse osas lasub tööandjal, kellel on kohustus omada ülevaadet meeskonna tegevuse kvaliteedist ja pädevusest ning rakendada patsiendiohutuse plaani.¹²³ Riikliku Heaolu ja Tervishoiu Järelevalveamet saab sanktsiooni korras tervishoiutöötajale anda hoiatuse, piirata tema õigust oma kutsealal tegutseda või selle õiguse täielikult tühistada. Samuti saavad nad tervishoiuteenuse osutaja juhtkonnale anda hoiatuse või käsu puuduste kõrvaldamiseks või peatada kogu tervishoiuteenuse osutaja töö. Korralduse võib välja anda ka tingimusliku sunnirahaga.¹²⁴

Üks peamiseid patsiendiohutuse tagamise vahendeid on tervishoiuteenuse osutaja koostatav kava, mis peaks sisaldama patsientide tagasiside ja kaebuste esitamise korda, juhtimispraktikad kvaliteedi ja ohutuse tagamiseks, personali arendamist ja ohutusalast

¹²¹ General information. Annual Report. Patient Insurance Centre. Kättesaadav Patient Insurance Centre kodulehelt: <https://www.pvk.fi/en/patient-insurance-centre/general-information2/> (28.04.2020)

¹²² Types of injury. For those suspecting an injury. Kättesaadav Patient Insurance Centre kodulehelt: <https://www.pvk.fi/en/For-those-suspecting-an-injury/types-of-injury/> (28.04.2020)

¹²³ Supervision of healthcare in Finland. Information about using health services in Finland and abroad. Kättesaadav EU-healthcare.fi kodulehelt: <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/supervision-of-healthcare-in-finland/> (28.04.2020)

¹²⁴ If you are unhappy with the treatment you received. Know your rights. Information about using health services in Finland and abroad. Kättesaadav EU-healthcare.fi kodulehelt: <https://www.eu-healthcare.fi/know-your-rights/patients-means-of-legal-protection-and-appeals/if-you-are-unhappy-with-the-treatment-you-received/> (28.04.2020)

koolitamist, riskide tuvastamise korda jne.¹²⁵ Soomes on kasutusel ka ohujuhtumite raporteerimise süsteem, mida hakati pilootprojekti korras kasutama 2007. aastal. Täna on see kasutusel umbes 200 erinevas tervishoiuteenust osutavas asutuses. Ohujuhtumitest raporteerimine on vabatahtlik, anonüümne, konfidentsiaalne ja sanktsioonivaba. Kogutud andmeid ei ole kohustuslik organisatsioonivälistele asutustele edastada.¹²⁶ Seega seaduse tasemel ebasoodsatest sündmustest teavitamise nõuet ei ole.

Soome ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteemi miinus on, et raporteerimisel on puudulik ülevaade ja tagasiside ning tervishoiutöötajad ei tunne, et teavitanine aitaks kaasa patsiendiohutuse arengule. Kuigi iga meditsiinitöötaja peab ise võtma selle seisukoha, et teavitanine on oluline, peaks ka organisatsioonisiselt olema toetavam suhtumine ning raporteerimist tuleks propageerida. Samuti tuuakse välja, et raportid ei ole piisavalt põhjalikud, et nende baasil oleks võimalik täpseid analüüse koostada ning et tervishoiutöötajate jaoks on ebaselge, millistest intsidentidest peaks täpselt teavitama.¹²⁷

Patsientidel on oma õiguste kaitseks võimalus pöörduda ka kohtusse vastavalt tsiviilvastutuse seadusele (*Tort Liability Act*), kuid sel juhul lasub tõendamiskoormus kaebajal.¹²⁸ Samuti on Soomes politsei seadustest tulenev kohustus algatada juurdlus, kui isik on saanud surma mis tahes vigastuse tagajärjel. Vastava sätte eesmärk on tagada väidetavalt tervishoiust põhjustatud surmajuhtumite nõuetekohane uurimine. Politsei võib algatada kriminaalmenetluse või anda uurimise üle Riikliku Heaolu ja Tervishoiu Järelevalveametile. Mõlemad asutused saavad tellida lahkamise, kes vastavalt tulemustele saavad menetluse üle anda ka Patsiendikindlustuse keskusele.¹²⁹

¹²⁵ Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K., Reissell, E., jt. Finland. Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. 2019, vol 21, no 2. Kättesaadav: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/18176127-eng.pdf> Lk 30. (28.04.2020)

¹²⁶ Holmström, A.-R., Järvinen, R., Laaksonen, R. jt. Inter-rater reliability of medication error classification in a voluntary patient safety incident reporting system HaiPro in Finland. Research in Social and Administrative Pharmacy. July 2019, vol 15, issue 7. Kättesaadav: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.utlib.ut.ee/science/article/pii/S1551741118306946?via%3Dihub> Lk 864-865. (28.04.2020)

¹²⁷ Liukka, M., Hupli, M., Turunen, H. Problems with incident reporting: Reports lead rarely to recommendations. Wiley Journal of Clinical Nursing. 18.12.2018. Lk 1610-1611.

¹²⁸ Further Legal Protection. Patient rights. Patient Insurance Centre. Kättesaadav: <https://www.pvk.fi/en/For-those-suspecting-an-injury/patient-rights/> (28.04.2020)

¹²⁹ Pakanen, L., Keinänen, N., Kuvaja, P. Presumed adverse events in health care are a frequent indication for medico-legal autopsy in Finland. Forensic Science, Medicine and Pathology. Volume 16, 2020. Published online: 18.11.2019. Kättesaadav: <https://link.springer.com.ezproxy.utlib.ut.ee/article/10.1007/s12024-019-00193-4> (28.04.2020)

2.3. Norra

1988. aastal vastu võetud patsiendikahjude kompenseerimise süsteem (*The Norwegian System of Patient Injury Compensation* ehk NPE) võeti esialgu kasutusse kolmeks aastaks niinimetatud üleminekuplaanina enne patsiendikindlustuse seaduse (*Patient Injury Act*) kehtimahakkamist. Tegelikult võeti seadus vastu alles 2001. aastal ja jõustus 2003. aastal ning puudutas esialgu vaid avalikku sektorit. 2009. aastast kehtib seadus ka eratervishoiu teenuse osutajatele. Seaduse vastuvõtmisest alates muudeti NPE ümber ametlikuks riigi hallatavaks asutuseks, mis tegeleb kahjunõuete kompenseerimisega.¹³⁰

Patsient peab tõestama, et väär diagnoosi või ravi ning väidetava kahju vahel esineb põhjuslik seos.¹³¹ Esitatud kaebuse vaatab läbi üks või vajadusel ka mitu vastava ala spetsialisti, kes teevad otsuse ning edastavad selle patsiendile ja ravi läbi viinud tervishoiuasutusele tutvumiseks ja täiendavate kommentaaride andmiseks. Spetsialist teeb otsuse, kui on rohkem, kui 50%-line tõenäosus, et tekkinud kahju on põhjuslikus seoses mittevastava raviga.¹³² NPE katab kahjud, mis on seotud ravi, läbivaatuse, diagnoosimise või järelkontrolliga. Samuti on nõue, et lisaks tekkinud füüsilisele kahjule peab patsient olema pidanud kandma ka rahalist kahju ning mittevaralist kahju ei hüvitata. Seega on hüvitise eesmärk reeglina katta patsiendi vigastuse tagajärjel tekkinud lisakulutused. Hüvitamisele kuulub kahju, mis ületab 876 eurot (10 000 NOK).¹³³

Võimalik on esitada kaebus tervishoiutöötaja suhtes ka otse kohtusse, kuid praktikas esineb seda väga harva. Peamiselt on sellised kaasused seotud mittevaralise kahjuga. Avalik-õiguslikke asutusi kohtusse anda ei saa, kaebuse saab esitada konkreetse

¹³⁰ History of the Norwegian patient injury system. The Norwegian System of Patient Injury Compensation koduleht. Kättesaadav: <https://www.npe.no/en/About-NPE/Organisation/history-norwegian-patient-injury-system/> (28.04.2020)

¹³¹ Jorstad, R. G. The Norwegian System of Compensation to Patients. *Medicine and Law*. Issue 21(4), 2002. Lk 682.

¹³² Bratlid, D. Is the Norwegian System of Patient Injury Compensation in the best interests of patients? *Tidsskriftet. The Journal of the Norwegian Medical Association*. 12.12.2017. Kättesaadav: <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/debatt/norwegian-system-patient-injury-compensation-best-interests-patients> (28.04.2020)

¹³³ What are the criteria to qualify for compensation for a patient injury? The Norwegian System of Patient Injury Compensation koduleht. Kättesaadav: <https://www.npe.no/en/information-compensation-claimants/information-making-application-patient-injury/criteria-to-qualify-for-compensation/> (28.04.2020)

tervishoiutöötaja suhtes. Eraõiguslikele asutustele suhtes kaebuste esitamisel taolist piirangut ei ole.¹³⁴

2010. aastal loodi tervishoiuteenuste seaduse (*Specialised Health Services Act*) muudatusega teavitussüsteem, mis pani tervishoiutöötajale kohustuse teavitada tõsistest ebasoodsatest sündmustest Tervisekontrolli Nõukogu (*Board of Health Supervision*). Tõsised sündmused on patsiendi surm või tema tervise oluline kahjustamine, kui selle tagajärg oli eeldatava riskiga võrreldes ootamatu. Patsiendiohutuse edendamise eesmärgil lisati ka tervishoiuteenuse osutajale kohustus toimunud sündmuseid analüüsida, et neist õppida ning vähendada sündmuse kordumise riski. Tervisekontrolli Nõukogu analüüsib iga juhtumit eraldi, vajaduse korral kohtub asjasse puutunud meditsiinipersonali ning patsiendi ning tema lähedastega. Reeglina antakse igale kaasusele eraldi tagasisidet, vajaduse korral tehakse tervishoiuteenuse osutajale ettekirjutus kahju tekkimise aluseks olnud puuduste kõrvaldamiseks.¹³⁵

Norras 2012. aastal läbi viidud uuring, mis võttis võrdluse aluseks analoogne 2000. aastal tehtud uuringu, leidis, et ebasoodsatest sündmustest teavitamise protsent märgatavalt ei tõusnud. Tõus oli 37%’lt 51%’ni. Lisaks tuleb arvestada, et tõus võib viidata nii suuremale avatusele kui ka asjaolule, et meditsiinilised sekkumised on teaduse edenedes muutunud keerulisemaks ja riskantsemaks. Hoopis suurema probleemina toodi esile, et 16% juhtudest ei arutata seda endiselt töökollektiivis läbi ning siin on tegemist pigem töökoja sisekliima, mitte ebasoodsate sündmuste esinemise või mitteesinemisega.¹³⁶

Hoolimata sellest, et Norras on juba 1988. aastast kasutusel mittesüüline patsiendikahjude kompenseerimise süsteem, on kahju saanud isikul võimalus tõsise ebasoodsa sündmuse kohta teha avaldus nii Tervisekontrolli Nõukogule kui ka uurimisorganitele, kes viivad läbi eraldiseisvad menetlused.¹³⁷

¹³⁴ Can healthcare personnel be sued directly? The Norwegian System of Patient Injury Compensation koduleht. Kättesaadav: <https://www.npe.no/en/contribution-scheme/regulations/can-healthcare-personnel-be-sued-directly/> (28.04.2020)

¹³⁵ Could this have happened here? Examples and experience gained from investigation of serious adverse events 2010–2013. Lk 9-12.

¹³⁶ Førde, R., Aasland, O. G. Is imperfection becoming easier to live with for doctors? Clinical Ethics. 2012, vol 12(1). Kättesaadav: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5375019&blobtype=pdf> Lk 34-35. (28.04.2020)

¹³⁷ Ibid. Lk 18.

Norra süsteemi kitsaskohana tuuakse välja, et spetsialisti arvamus ei pruugi olla objektiivne. Vastavalt seadusele, kui patsient kaebab raviviisi üle, on spetsialist kohustatud välja tooma kõik olulisemad ja väiksemad kõrvalekalded tavapärasest ravist. Kuid NPE kohtumistel kutsutakse spetsialiste üles keskenduma vaid nendele teguritele, mis võivad vigastuse suhtes olulised olla. Õiguskirjanduses leitakse, et kuna spetsialistide hinnangud on valikulised, on justnimelt oluline rõhutada ka kõiki väiksemaid kõrvalekaldeid ravis. Kui ravi iseloomustab lisaks olulisele kõrvalekaldumisele ka mitmeid muid kõrvalekaldeid heast meditsiinitavast, võib see viidata üldiselt mittevastavale ravile.¹³⁸

2.4. Taani

Taani võttis kompensatsioonisüsteemi kasutusele, lähtudes Rootsi mudelist. Varasemalt pidid kahju kannatanud isikud pöörduma kohtusse nagu ikka ning tõendama, et mõni konkreetne tervishoiutöötaja on teinud vea. 1992. aastal võeti vastu patsiendikindlustuse seadus (*Patient Compensation Act*) ning loodi kahjujuhtumitega tegelev asutus (*Patient Compensation Association*). Patsientidel ei olnud enam vaja tõendada, et hüvitise saamiseks oli tehtud viga. Uue seaduse kohaselt peab kahju saanud isik suutma ära näidata, et vigastus ja patsiendil läbi viidud ravi olid tõenäoliselt omavahel seotud.¹³⁹ Hüvitatakse nii füüsilised kui ka vaimsed kahjud, mis on seotud valediagnoosiga, hilinenud uuringute või raviga, haiguse raviga, operatsiooniga, rehabilitatsiooniga või tervishoiuga üldisemalt. Ei ole oluline, kas meditsiinipersonal andis endast parima või mitte, uuritakse ainult seda, kas isik on saanud kahju ja kas on õigus hüvitisele. Samuti on võimalik kompensatsiooni taotleda, kui kahju on seotud ravimitest tingitud kõrvalnähtudega, sh ka olukorras, kus isik ei ole viibinud ravil tervishoiuasutuses. Oluline on, et tegemist oleks harvaesineva või tõsise kõrvalnähuga.¹⁴⁰

Taani süsteemile on samuti omane suhteliselt vaba nõue tõendamisel ehk et piisab, kui põhjusliku seose ja tekkinud kahju vahel on vähemalt 51% suurune tõenäosus. Seega ei ole kompensatsiooni määramine sõltuv põhjusliku seose ja kindla teadmise

¹³⁸ Bratlid, D. Is the Norwegian System of Patient Injury Compensation in the best interests of patients?

¹³⁹ History. The Patient Compensation Association'i koduleht. Kättesaadav: <https://pebl.dk/en/about-the-danish-patient-compensation-association/history> (28.04.2020)

¹⁴⁰ Injured in Connection of Medical Treatment or Medicine? Leaflet. Published by the Patient Compensation Association. 2nd edition, 2018. Kättesaadav: https://pebl.dk/~media/pjecer/engelske-pjecer/medical_treatment_2018.ashx?la=en (28.04.2020)

väljaselgitamisega nagu näiteks kohtutes.¹⁴¹ Hüvitise määramisel lähtutakse nn spetsialisti reeglist ning õigluse reeglist. Esimesel juhul hinnatakse, kas valdkonnas kogenud spetsialist oleks käitunud teistmoodi ning kahju oleks seeläbi saanud vältida. Kui jah, siis on isikul õigus hüvitisele. Õigluse reegel tähendab seda, et isegi juhul, kui meditsiinitöötajad on käitunud korrektselt ja viga ei ole tehtud, kuid patsiendil on siiski ulatuslikud komplikatsioonid, mis võivad tunduda ebaõiglasel, hinnatakse ravi raskust. See tähendab, et mida tõsisem haigus, seda suurem on tõenäosus tüsistuste tekkeks ning seega on isik kohustatud ravi jooksul neid ka rohkem taluma. Lisaks hüvitatakse ka kahjud, mis on tekkinud vigasest meditsiiniseadmest (nt defektne röntgenmasin, süstal, protees).¹⁴²

Taani on Põhjamaadest ainus, kelle õigussüsteem ei luba olemasoleva kompensatsioonisüsteemi kõrval rakendada ka deliktiõiguslikku vastutust. Taolise süsteemi eesmärk on suunata vastutus patsiendikindlustusele. Ainus erisus on olukordades, mis ei ole hõlmatud kompensatsioonisüsteemiga ning mis on seotud tootjavastutusega. Viimane tuleneb Euroopa Liidu direktiivist, mille kohaselt kahjustatud pool peab saama tootjat kohtusse anda.¹⁴³

Patsiendiohutusega tegeleb tervishoiuministeeriumi haldusalasse kuuluv Patsiendiohutusamet (*The Danish Patient Safety Authority*), mille haldusalas on omakorda kaebustega tegelev agentuur (*The Danish Agency for Patient Complaints*) ning võimalik on valida, kas esitada kaebus tervishoiuteenuse osutaja (nn *authority case*) või konkreetse meditsiinitöötaja (nn *disciplinary board case*) suhtes. Esimesel juhul menetleb kaebust patsiendikaebuste agentuur ja viimasel juhul võtab menetluse üle distsiplinaarnõukogu, mis kuulub agentuuri haldusalasse, kuid on erapooletu. Nõukogusse kuulub kaks patsientide esindajat, kaks tervishoiutöötajat ning kohtunik eesistujana, kes peavad kinnise istungi ilma kaebaja juuresolekuta. Üldreeglina peab kahju saanud isik valima, kumma variandi kasuks ta otsustab. Kui ta otsustab distsiplinaarnõukogu kasuks, ei ole tal samaaegselt ega hiljem võimalik pöörduda kaebusega tervishoiuteenuse osutaja vastu. Vastupidine on võimalik ehk et kui

¹⁴¹ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Lk 126.

¹⁴² Injured in Connection of Medical Treatment or Medicine? Leaflet.

¹⁴³ Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Lk 116-117.

patsiendikaebuste agentuur on teinud otsuse, saab pöörduda ka nõukogusse, kui kaebuse aluseks olevad asjaolud ei ole aegunud.¹⁴⁴

Samas on kaebustega tegeleva ameti ülesandeks tagada, et patsientide kaebustest ja hüvitisenõuetest saadud teadmisi kasutatakse ennetavalt. Eriti tõsiseid juhtumeid võib esitada prokurörile eesmärgiga viia asi kohtusse.¹⁴⁵ Käesoleva töö sissejuhatuses on välja toodud, et Taanis kehtiva regulatsiooni kohaselt on tervishoiutöötajad vabastatud kriminaalvastutusest. Oluline on siinkohal välja tuua, et patsiendikindlustuse süsteem ja ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteem on omavahel lahus ja vastutus on välistatud korrektse teavitamise korral. Seda teemat on lähemalt käsitletud järgnevas peatükis.

Kokkuvõtvalt võib käesoleva peatüki osas välja tuua, et laias plaanis on kõikide käsitletud riikide patsiendikindlustuse süsteemid üles ehitatud sarnastele põhimõtetele tuginevalt ning erisused ilmnevad pigem süsteemi organisatsioonilises ülesehituses. Kõikide riikide eesmärk on olnud luua patsiendi, kui nõrgema poole kaitsmiseks regulatsioonid vastutuskindlustussüsteemina, mis hüvitaks patsiendile tervishoiusüsteemi tõttu tekkinud kahju. Taolise süsteemi kasutuselevõtt Eestis oleks mõistlik samm. Teiste riikide praktikast tulenevalt lähtub see kahju hüvitamisel meditsiini eripäradest, on reeglina menetluslikult kiirem ja patsiendile soodsam, sest kaebuse esitamine on tasuta ning ei lisandu õiguskaitsekulusid.

Samuti on kõikidele riikidele omane orienteeritus patsiendiohutusele ja tervishoiusüsteemi arendamisele ning selle saavutamiseks on muuhulgas kasutusel ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteem. Ei ole kahtlust, et süsteem ise on vajalik, sest aitab eesmärkide saavutamisele kaasa, tuues välja tervishoius ilmnevad vead. Peamised riikidevahelised erisused ilmnevad raporteerimiskohustuse osas. Nii on näiteks Rootsis, Norras ja Taanis kohustus teavitada patsientidega seonduvatest ebasoodsatest sündmustest, kuid Soomes on see vabatahtlik. Niisamuti erinevad nõuded selles osas, mida ja kui täpselt on vaja teavitada. Kui näiteks Norras on tulenevalt seadusest kohustus teavitada tõsistest sündmustest nagu patsiendi surm või tervise

¹⁴⁴ Who will settle your case? Danish Agency for Patient Complaints koduleht. Kättesaadav: <https://stpk.dk/da/english/complaint-about-health-care/~media/536056C86B5544DFB426F8222DE04B0B.ashx> (28.04.2020)

¹⁴⁵ Healthcare in Denmark. An overview. Published by Ministry of Health, 2017. Kättesaadav: https://www.sum.dk/English/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx Lk 8. (28.04.2020)

oluline kahjustumine, siis Rootsis on vajalik teavitada ka juhul, kui patsient võib ravi tõttu omada potentsiaalset ohtu tervisele. Samuti tõlgendavad riigid erinevaid juhtumeid erinevalt ning seetõttu on keeruline ilma põhjaliku eraldiseisva analüüsita statistikat võrrelda.

Ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteemi peamine miinus on seega asjaolu, et andmete kogumine ei ole ühetaoline ning tervishoiutöötajad täidavad andmebaase erineva täpsusastmega. See omakorda raskendab analüüsijate tööd, kes ei saa põhjalikke järeldusi ilma piisavalt detailsete raportiteta koostada.

Oluline on, et kuivõrd kõik Põhjamaad on õigusriigid, siis on inimestel alati võimalus pöörduda oma õiguste kaitseks uurimisorganite poole või kohtusse. Teatud olukordades on patsiendile tekkinud kahju korral see kohustus ka ametiasutustel. Näiteks Soomes algatab politsei juurdluse mis tahes patsiendile tekkinud vigastuse korral ja Taanis on patsiendikaebustega tegeleval ametil võimalus eriti tõsistest asjadest teavitada prokuröri.

3. Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse süsteemi muutmine võrdluses Taaniga

„Arsti esmane kohustus on „Noli nocere!” – „Ära kahjusta!”. Sellest algab patsiendi ohutus ja usaldus arstiabi vastu,”¹⁴⁶ need sõnad on öelnud Eesti Arstide Liidu endine president Andrus Mäesalu. Meditsiiniõiguse ja eetika suhteid on analüüsinud prof Sootak ja Ants Nõmper. Nad selgitavad, et sisuliselt tuleneb mittekahjustamise kohustus meditsiinieetikast, mille peamised põhimõtted on autonoomia, heategemine ja õiglus. Kõige tähtsam on autonoomia põhimõte, *voluntas aegroti suprema lex* – patsiendi tahe on ülim seadus. Mõte on selles, et autonoomia on valikute austamine, arvestades, et tavaline patsient ei ole võimeline hoomama enda olukorra tähendust ilma arsti abita. Seega nõusolek peab olema informeeritud, et see ka tegelik autonoomia väljendus saaks olla. Järgmine meditsiinieetika põhimõte on *salus aegroti suprema lex* – patsiendi tervis on ülim õigus. Patsiendi ravimine tema tahte vastaselt ja tema tervise kaitseks, kui tahtekujundus on häiritud. Nt lapsed, psüühiliselt haiged, teadvuseta eluohtlik seisund jne. Mittekahjustamise printsiip ehk *primum non nocere* – eelkõige ära kahjusta. Olukorras, kus patsient tahab midagi, mis on tema tervisele selgelt kahjulik. Võib aktsepteerida, kui on mõjuvad põhjused, mis kaaluvad tervise kahjustamise üles, st patsient saab midagi vastu, nt ilukirurgias. Ning viimasena, *in dubio pro aegroti* – patsiendi, kui nõrgema poole kaitseks on vajalik luua täiendav regulatsioon. Sest arstid on jõupositsioonil. Neil on majanduslik kindlustatus, professionaalsed teadmised, teadmised tervishoiuteenust nõuetekohaselt hinnata, tõendid on tervishoiuteenuse osutaja kontrolli all, eksperdiks ainult teine tervishoiutöötaja jne.¹⁴⁷

Viimane meditsiinieetika põhimõte toob eetilisest vaatevinklist väga selgelt välja, et patsient on suhtes arstiga nõrgem pool, keda tuleb kaitsta. Patsiendikindlustuse- ja ohutuse regulatsioonide lisamine seadusandlusesse seda kindlasti ka teevad, kuid kriminaalvastutusest vabastamine annab samas tervishoiutöötajatele väga suure eelise teiste elualade esindajate ees. Prof Sootak on meditsiiniõiguse ja eetika suhetest rääkides öelnud, et “/.../ arsti ja patsiendi suhe ei saa kunagi olla ainult kalk õigussuhe. See suhe põhineb mitte lihtsalt ühe poole õigusel midagi saada ja selle eest maksta, vaid

¹⁴⁶ Rekand, T. Osa ravivigu oleks vältitavad, kui Eesti looks patsiendi kaitse süsteemi. Eesti Päevaleht, 20.04.2011. Kättesaadav: <https://epl.delfi.ee/eesi/osa-ravivigu-oleks-valditavad-kui-eesi-looks-patsiendi-kaitse-susteemi?id=51295738> (28.04.2020)

¹⁴⁷ Nõmper, A., Sootak, J. Meditsiiniõigus. Lk 27-33.

tegemist on tõsiselt eetilisele alusele toetuva suhtega. Ühelt poolt algatab selle suhte mitte tavaline ostja või tellija, vaid inimene, kes palub abi. Teisalt ei tohi unustada - ja selles avaldub meditsiiniõiguse üks olulisemaid tunnuseid - arstikutse eripära.”¹⁴⁸

3.1. Kriminaalvastutuse muutmise lähtekohad

Tuleb rõhutada, et arstikutsele ning ka tervishoiutöötaja elukutsele on omane vastutus patsiendi elu ja tervise ees. Ka Eesti Vabariigi Põhiseadus loob § 28 lg 1 näol kaitsepõhiõiguse, pannes riigile kohustuse luua tervishoiuteenuste osutamiseks õiguslik raamistik. Niisamuti on riigil kohustus luua üksikisiku kaitseks tõhus, erapooletu, sõltumatu ja toimiv menetlus patsiendi surma põhjuse tuvastamiseks ja surma põhjustajate vastutusele võtmiseks, sh vajadusel kriminaalvastutuse rakendamiseks.¹⁴⁹ Inimõiguste ja põhivabaduste konventsiooni artikkel 2 sätestab samuti, et õigust elule kaitstakse seadusega.¹⁵⁰ See tähendab, et õiguse kaitseks peab olema loodud tõhus õiguskaitseüsteem. Samas on Euroopa Inimõiguste Kohus korduvalt viidanud, et see ei eelda ilmtingimata kriminaalõiguslikku meedet, ettevaatamatusdeliktide korral piisab ka tsiviilkohtust ja tsiviilõiguslikust kahjuhüvitisest, kuid peab olema võimalik tuvastada asjassepuutuva tervishoiutöötaja vastutus.¹⁵¹

Järelikult ei peaks nii põhiseaduslikust kui ka eetilise vaatevinklist vaadates patsiendi positsiooni tugevdamisel ühtlasi tugevdama ka arsti (tervishoiutöötaja) positsiooni, sest sellisel juhul lööks see tasakaalu, vähemalt eetilisele, taas paigast. Samuti tuleb arvestada, et riikliku karistamise eesmärk ei ole iga hinna eest arste vastutusele võtta, vaid luua inimese elu ja tervise kaitseks vajalikud normid. Järelikult tuleb väga põhjalikult analüüsida, kas tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamine on ilmtingimata vajalik samm, millega mõjutada põhiseaduslikult ja karistusõiguslikult tagatud õiguseid.

Siinkohal tuleb välja tuua, et lisaks Eestile leiab ka võõrkeelsest õiguskirjandusest väga palju kriminaalvastutusest vabastamist pooldavaid seisukohti, mis peavad seda oluliseks lisandväärtuseks lisaks ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteemi

¹⁴⁸ Sootak, J. Meditsiiniõiguse eetilistest lähtekohtadest.

¹⁴⁹ Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 2017. Kättesaadav: <https://pohiseadus.ee/index.php?sid=1&ptid=33&p=28> § 28, p 6. (28.04.2020)

¹⁵⁰ Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. RT II 2010, 14, 54. Artikkel 2.

¹⁵¹ EIKo 3853/14, 29.03.2016, A. V.vs.Eesti. P 63.

kasutuselevõtule.¹⁵² Samuti on sellele viidanud erinevad organisatsioonid. Nii on näiteks Euroopa Komisjoni toonud välja, et see on patsiendiohutuse edendamiseks ja tervishoiutöötajate kaitsmiseks soovituslik meede.¹⁵³ Samuti on WHO Eestile koostatud raportis ühe soovitusena pakkunud välja, et ebasoodsatest sündmustest teatamist aitaks tagada selgete õigusaktide kasutuselevõtt, mis muuhulgas välistaksid kriminaalkaristuse kohtute poolt.¹⁵⁴

Siiski tuleb arvestada, et hetkel kehtivate normide alusel on inimese elu ja tervise kaitstud tagatud ning see ei ole vähetähtis argument erinevate seisukohtade valguses. Iga eriala esindaja, kelle töö võib neid õigushüvesid kahjustada, peab oma töös rakendama vajalikku hoolt. Ei ole põhjendatud, et tervishoiutöötajad vajavad selleks täiendavaid garantiisid vastutusest vabastamise näol. Ettevaatamatusdeliktid on oma olemuselt kujundatud selliseks, et nende alusel süüdimõistva otsuseni jõudmine peab olema väga põhjalikult kaalutletud, eriti kui see puudutab tervishoiutöötajaid, kelle töö on juba eos inimese elu ja tervist kahjustada võivaid riske täis.

Seega tõusetub küsimus, kas arstide hirm on tegelikult põhjendatud. Väidetavalt ei julge arstid võtta riske ja teha patsiendi jaoks võib olla kasulikumaid, kuid samas riskantsemaid valikuid, sest kardavad süüdi jäämist, kui midagi läheb viltu.¹⁵⁵ Olukord on paradoksaalne, sest sel juhul ei saa nii või naa olla tegemist hooletusega. Pigem on arst lähtunud oma parimast äranägemisest, et kaitsta patsiendi tervist. Süüdi jäämise hirm võib olla seotud ka oma valdkonnas kasuks tulevate juriidiliste teadmiste puudumises, mistõttu tervishoiutöötajad arvavad, et süüdi mõista on oluliselt lihtsam, kui see tegelikkuses on. Õiguskirjanduses on ühe aspektina välja toodud ka seda, et paljudes riikides ei anta arstidele elementaarseid õigusnõuandeid, sh soovitusi mitte avaldada patsientidele väikeseid vigu, mis neid otseselt ei mõjutanud ega vabandada nende vigade eest, mis põhjustasid reaalselt kahju. Kardetakse, et vabandamine tähendab enda süüdi tunnistamist. Selline juriidiline nõustamine on aidanud tugevdada või

¹⁵² Näiteks Guillod, O. Medical Error Disclosure and Patient Safety: Legal Aspects. Journal of Public Health Research. Vol 2:e31, 2013. Lk 183.

¹⁵³ Council of Europe Recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24.05.2006. Kättesaadav: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5 Rec J.2.a.vii. (28.04.2020)

¹⁵⁴ Technical assistance for establishing a patient safety system in Estonia. Mission report. World Health Organization regional office for Europe. June 2017. Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/355575/Patient-Safety-Estonia-en.pdf?ua=1 Lk 18. (28.04.2020)

¹⁵⁵ Esperk, M. Arstide nõiajahile terendab lõpp.

vähemalt hoida elus meditsiinile omistatavat saladuse hoidmise ja eitamise kombeid.¹⁵⁶ Ehk Eesti mõistes ringkaitset.

Töö esimeses pooles tuli välja, et vaid väga üksikutel juhtudel on tervishoiutöötaja süüdi mõistetud ning on äärmiselt keeruline tõestada, et ta oli oma töös hooletu ning käitus ettevaatamatult, see tähendab tähelepanematult ja kohusetundetult. Ka uusi juhtumeid registreeritakse väga vähe. Justiitsministeeriumi sai väljastada statistilised andmed kohatunnuse 'raviastutus' alusel, millest ei selgu kas ja kes kriminaalasjas ka kahtlustatavaks tunnistati. Tuleb rõhutada, et ainuüksi kohatunnus ei ütle midagi selle kohta, kas üldse oli mingeid kahtlusi tervishoiutöötaja suhtes, kuid see aitab siiski näitlikustada, kuivõrd vähe on menetlusi KarS §-de 117 ja 119 osas. Näiteks 2018. aastal registreeriti 1 kuritegu ja menetluses lõpetati KrMS § 199 lg 1 alusel. 2019. aastal registreeriti 7 kuritegu. Neist on jätkuvalt menetluses 4 juhtumit, kahes juhtumis menetlus lõpetati KrMS § 199 lg 1 alusel.¹⁵⁷

Mida siis tegelikult kardetakse? Ebamugavat kohtuprotsessi, mis võib aastaid venida, meediakajastust, maine langust? Tuleb tõdeda, et need üksikud tervishoiutöötajad, kes on oma tegevuse tõttu meediasse sattunud, on saanud üsna karmi kajastuse osaliseks. Siia võib võrdlusena tuua arstiteadlase ja meditsiinieetika spetsialisti Andres Soosaare arvamuse, kes asub vastutuse küsimuses teistsugusele seisukohale. Ta leiab, et: "Samas on ajakirjanduses kajastatud probleemsetel juhtumitel päris sageli ka tõepõhi all ning meedikute eksimuste korral on kõige õigem neid ka tunnistada. See võib küll ajutiselt kahjustada eksinud isiku positsiooni, tugevdab aga ühiskonna silmis meedikute kui tsunfii mainet, sest ollakse võimelised kriitiliselt oma tegevust hindama ning tehtud vigadest õppima. Sellega seoses ei saa kuidagi eetiliseks pidada arstisalatuse hoidmise põhimõtte kasutamist ettekäändena oma vigade või tegematajätmistele varjamiseks."¹⁵⁸ Käesoleva töö autor nõustub seisukohaga, et vastutuse hirmus nõ ringkairesse tõmbumine ei ole meedikute mainele hästi mõjunud. Samas ei ole põhjendatud vigade meedias lahkamine, sest objektiivset lähenemist on pigem raske leida.

Patsiendikindlustuse seaduse eelnõuga luuakse patsiendikindlustuse süsteem koos vastavate mehhanismidega tervishoiuteenustest tuleneva kahju hüvitamiseks. Eelnõu

¹⁵⁶ Guillod, O. Medical Error Disclosure and Patient Safety: Legal Aspects. Lk 183.

¹⁵⁷ Kirjavahetus Justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika nõuniku Andri Ahvenaga. Vastuse saamise kp: 12.02.2020.

¹⁵⁸ Soosaar, A. Meditsiinieetika. Tartu Ülikooli kirjastus, 2016. E-raamat. Kättesaadav: <http://meditsiinieetika.ut.ee> Lk 515-516. (28.04.2020)

seletuskirja kohaselt on seaduse eesmärk “/.../ tagada patsientide huvide parem kaitse kahjude hüvitamise kaudu ning soodustada ravivigade ja ohujuhtumite dokumenteerimist tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamiseks ja ohutuse suurendamiseks.”¹⁵⁹ Patsiendikindlustuse süsteemi efektiivsuse suurendamiseks ja paremaks toimimiseks näeb seadus ette mh kriminaalmenetluse lõpetamise tervishoiutöötajate suhtes. Eelnõu seletuskirja kohaselt on muudatus vältimatu eeldus mittekariistava kultuuri tekkimiseks, mis omakorda aitab parandada tervishoiuteenuste ohutust ja kvaliteeti. Erisust konkreetsele sihtrühmale ehk tervishoiutöötajatele peetakse vajalikuks, sest tegemist on väga suure riskiga valdkonnaga, kus otsuseid tehakse sageli piiratud aja ja piiratud informatsiooni tingimustes.¹⁶⁰ Seega kaitstakse uue seadusega inimese elu ja tervist, kui õigushüve, sisuliselt hüvitise maksmisega.

Paljud erialaliidud, õigusteadlased ja praktikud on asunud seisukohale, et kriminaalmenetluse lõpetamine on vältimatult vajalik. Meditsiiniõiguse asjatundja, vandeadvokaat Ants Nõmper leiab, et ravivigadest õppimise jaoks tuleb arstid esmalt vastutusekoormast vabastada, sest praeguse süsteemi kohaselt ei ole kohe võimalik kindlaks teha, kas tegemist on ravivea või tüsistusega, kuid on lihtne süüdistada surma põhjustamises või raske tervisekahju põhjustamises. Arstid on kriminaalvastutuse ees hirmul ja praegune süsteem ainult soodustab ravivigade varjamist.¹⁶¹

Arvestades meditsiini varieeruvust ja iga inimese organismi eripärasid on patsiendikahjude tekkimine sageli ootamatu ja/või paratamatu ning tervishoiutöötajaid on lihtne tagantjärele kritiseerida. Samas on kriminaalvastutusest vabastamine suur samm Eesti õigussüsteemi ja ühiskonna jaoks ning selle vajadus peab olema põhjendatud vähemalt mingitele empiirilistele andmetele või teiste riikide kogemusele tuginedes, et oleks tõestus, et muudatusel on ka reaalne kasu. Näiteks Eesti patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskirjas on muudatuse vajalikkust põhjendatud kui vältimatu eeldusena mittekariistava kultuuri tekkimiseks.¹⁶² Kuid ei ole selgitatud, kuidas see on vältimatu eeldus või millele tuginedes sellele seisukohale on asutud.

¹⁵⁹ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 2-3.

¹⁶⁰ *Ibid.* Lk 63-65.

¹⁶¹ Lepassalu, V. Arstide liidu juht: Ravivigade registrist ja patsiendikindlustusest võidavad kõik. Pealinn, 02.09.2019. Kättesaadav: <http://www.pealinn.ee/tagid/koik/arstide-liidu-juht-ravivigade-registrist-ja-patsiendikindlustusest-n245189> (28.04.2020)

¹⁶² Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 65.

Mingil põhjusel on ka näiteks Taani põhjamaadest ainus, kes vastava kriminaalvastutusest vabastamise regulatsiooni enda seadusandlusesse on pannud, hoolimata sellest, et patsiendikindlustuse süsteem on Põhjamaades laias laastus ühetaoline. Rootsi, Soome ja Norra ei ole pidanud vajalikuks ebasoodsatest sündmustest teavitamise soodustamiseks vastavat regulatsiooni sisse viia.

3.2. Kriminaalvastutusest vabastamise regulatsioon

2003. aastal võttis Taani esimese riigina maailmas vastu patsiendiohutuse reeglistiku seaduse tasandil (*Act on Patient Safety*), mille eesmärgiks laiemalt oli patsiendiohutuse ja tervishoiusüsteemi arendamine. Seaduse üheks oluliseks elemendiks oli ka ebasoodsatest sündmustest (*adverse event*) teavitamise süsteemi kasutuselevõtt 2004. aastal.¹⁶³ Süsteemi reeglistik tuleneb tervishoiuseadusest (*Danish Health Care Act*) ning selle eesmärk on koguda, analüüsida ja edastada informatsiooni ebasoodsate sündmuste kohta, et vähendada tervishoiusüsteemis esinevate vigade arvu. Seadus kohustab tervishoiutöötajaid teatama kõigist vigadest seoses patsientide ravi või haiglas viibimisega.¹⁶⁴ Teavitamissüsteemi loomisel võeti arvesse tervishoiutöötajate seisukohti. Seaduse väljatöötamisel läbi viidud uuring näitas, et süsteemi toimimise seisukohast on meditsiinitöötajate jaoks kõige olulisem konfidentsiaalsus, eraldatus distsiplinaarvastutusest ning et saadud andmeid kasutatakse vaid õppimise eesmärgil.¹⁶⁵

Muuhulgas tuleb arvestada ka teiste teguritega, mis võisid seaduse vastuvõtmist mõjutada. Euroopa Komisjoni poolt tellitud raporti alusel pööras meedia Taanis erilist tähelepanu patsientidele halvale olukorrale, mis tulenes tervishoiusüsteemis kasutusel olnud ohtlikest tavadest või süsteemidest. See lõi sisepoliitilise surve patsiendiohutuse parandamiseks. Seega oli patsiendiohutuse seaduse ja üleriigilise aruandlussüsteemi kehtestamine osaliselt tingitud poliitilisest survest.¹⁶⁶ Saab öelda, et teema on praegusel ajal aktuaalne erinevates meditsiini ja õigusringkondades ka Eestis ning samuti on

¹⁶³ Optimisation of the Danish incident reporting system. Recommendations by a working group appointed by the Board of the Danish Society for Patient Safety. Published by the Danish Society for Patient Safety, 2016. Kättesaadav: <https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/09/optimisationofthedanishincidentreportingsystem.pdf> Lk 3. (28.04.2020)

¹⁶⁴ Health Care in Denmark. Ministry of Health and Prevention, 2008. Lk 32.

¹⁶⁵ Lundgaard, M., Raboel, L., Broegger Jensen, E. jt. The Danish patient safety experience: the Act on Patient Safety in the Danish health care system. Italian Journal of Public Health, Vol 2, Iss 3-4 (2005). Lk 65.

¹⁶⁶ Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. 2014. Kättesaadav: <http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf> Lk 19. (28.04.2020)

meedias tervishoiutöötajatega seotud kaasuste puhul pea alati viidatud tervishoiusüsteemi kitsaskohtadele, nt arstide ringkaitsele¹⁶⁷. Nii on ka endine tervise- ja tööminister Riina Sikkut meedias üsna etteruttavalt öelnud, et seadus võetakse vastu kiiremas korras, st 01.01.2020¹⁶⁸, seega on ka Eestis tuntav sisepoliitiline surve olemas.

Süsteemi kasutuselevõtt Taanis on olnud edukas. 2004. aastal raporteeriti riiklikes haiglates 6000 intsidenti, 2012. aastal 49 145. Lisades siia munitsipaalsektori (hooldekodud ja eakate hooldus), on 2012. aasta koguarv 155 791. Ravimitega seotud vead olid ülekaalukalt kõige sagedamini teatatud juhtumid, neile järgnesid munitsipaalsektoris juhtunud tahtmatud vigastused ning kommunikatsiooni ja dokumentatsioonivead haiglates.¹⁶⁹ Siinkohal tuleb selguse mõttes taaskord välja tuua, et Taanis on kohustus teavitada kõikidest patsientide ravi ja haiglas viibimisega seotud ebasoodsatest sündmustest ning mitte ainult nendest, mis põhjustasid raske tervisekahju või surma. Sellest ka suhteliselt suur intsidentide koguarv. Samas on 2004. a ja 2012. a vahe siseriiklikus mõttes märkimisväärne edasimineku.

Teavitamissüsteemi toimimist toetab tervishoiutöötajate vastutusest vabastamise säte, mis on Põhjamaade kontekstis ainulaadne, sest sisaldab muuhulgas ka kriminaalvastutusest vabastamist. Vabastamise aluseks on Taani tervishoiuseaduse § 201, mis sätestab, et aruandva isiku suhtes ei saa tööandja tema teatamise tulemusel kohaldada distsiplinaarjuurdlust ega patsiendiohutusameti järelevalvet ega kriminaalkaristusi kohtute poolt.¹⁷⁰ Seega, kriminaalvastutusest vabastamise alus tugineb teavitamiskohustusele. Oluline on märkida, et distsiplinaarjuurdlus on võimalik, kuid see on lahus teavitussüsteemist, st isikut ei saa juurdluse alla võtta ebasoodsast sündmusest raporteerimise tõttu. Sellega tegeleb eelmises peatükis viidatud distsiplinaarnõukogu, kuhu on patsiendil vaja esitada eraldi taotlus. Kriminaalkaristust saab kohaldada, kui patsiendikaebuste agentuur ise vastava avalduse prokuratuurile esitab, kuid ka see on lahus teavitussüsteemist.

¹⁶⁷ Näiteks Pihlak, A. Kõhuvalu ja iiveldus lõppes surmaga: Tallinna tipphaigla eiras 59-aastase naise halvenevat tervist. Delfi. 07.01.2020. Kättesaadav: <https://www.delfi.ee/news/paevauudised/krimi/kohuvalu-ja-iiveldus-loppes-surmaga-tallinna-tipphaigla-eiras-59-aastase-naise-halvenevat-tervist?id=88579243> (28.04.2020)

¹⁶⁸ Arutelu Eesti Rahvusringhäälingu saates Suud Puhtaks. Arutelu osalejad: Einasto, M., Orgse, T., Allikvee, R., Kannus, A. jt.

¹⁶⁹ Svansoe, V. L. Patient safety without the blame game. Lk 16.

¹⁷⁰ Vabatõlge Taani tervishoiuseaduse (*Danish Health Care Act* ehk *Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr 903 af 26/08/2019*) §-st 201. Kättesaadav Taani riigiteatajast: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110> (28.04.2020)

Eesti kontekstis nähakse analoogne vastutusest vabastamine tervishoiutöötajate suhtes ette kahes kohas. Esiteks kriminaalmenetluse seadustikus, lisades sinna sätte, mille kohaselt võib riigiprokuratuuri määrusega lõpetada kriminaalmenetluse tervishoiutöötaja suhtes, kui tervishoiutöötaja on esitanud teate enda tegevuse või tegevusetuse kohta.¹⁷¹ Ning teiseks tervishoiuteenuste korraldamise seaduses, mis sätestaks, et tervishoiutöötaja suhtes, kes on nõuetekohaselt dokumenteerinud patsiendiohutusjuhtumi, ei alkatata andmekogule edastatud teabe alusel järelevalve või uurimismenetlust korrakaitseorgani või kohtu poolt ega kohaldada distsiplinaarvastutust. Eelnõu kohaselt oli viimase sätte sõnastamisel eeskujuks Taani tervise-seadustiku vastav regulatsioon.¹⁷²

Kriminaalvastutust välistava sätte sisseviimine Taani seadusandlusesse loodi eesmärgiga kaitsta inimesi, kes teatavad juhtumitest, selle asemel et süüdistada neid, kes seda ei tee. Samuti kultuurilise nihke läbiviimine, et liikuda süüdistus- ja häbikultuurist teadmispõhisesse.¹⁷³ Taani seisukoht on, et süsteemidel, mis hõlmavad konkreetse tervishoiutöötaja nimetamise, süüdistamise ja häbistamise riski, on meditsiiniliste vigastuste vähendamiseks ainult piiratud mõju, sest raporteerimine ei pruugi olla nii sage, kui loodetakse. Esmane eesmärk on analüüsida vigastuste esinemist, mitte inimest, et leida nende tegelik põhjus.¹⁷⁴

Samas on siin kaalukausil väga erinevad valdkonnad, ühelt poolt karistusõigus ja teiselt poolt patsiendiohutus. Prof Sootak rõhutab karistusõigusest rääkides, et karistusõiguse ülesanne on ühiskonna, kui sotsiaalse kooselu aluste kaitse, st kaitsta tuleb ühiskondlikke põhiväärtuseid vahetult, nt inimese elu, tervist, omandit, vabadust. Sanktsioon on vajalik, kui see aitab kaitsta õigushüve kaitsva normi kehtivust. See tähendab, et karistus on eelkõige normikehtivuse kinnitamine ja õigushüve kaitstuse rõhutamine. Ettenähtud sanktsioonid on preventiivsed, seega pole nende eesmärk ilmingimata tehtud ülekohtu eest kätte maksta, vaid pigem uut ülekohtu ära hoida.¹⁷⁵

¹⁷¹ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 63.

¹⁷² *Ibid.* Lk 66-67.

¹⁷³ Illingworth, J. Protection or prosecution? Learning from Denmark. The Health Foundation. 25.03.2013. Kättesaadav: <https://www.health.org.uk/blogs/protection-or-prosecution-learning-from-denmark> (28.04.2020)

¹⁷⁴ Insurance and Malpractice. Final report of HOPE's Sub-Committee on Co-ordination. Standing Committee of the Hospitals of the European Union. 12.04.2004. Kättesaadav: http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/71_2004_OTHER_Insurance-and-malpractice-report.pdf Lk 22. (28.04.2020)

¹⁷⁵ Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Lk 34, 37.

See ei tähenda, et tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamine muudab nad inimese elu ja tervise suhtes hooletuks, kuid tuleb olla veendunud, et loodav regulatsioon on kõikide osapoolte suhtes õiglane. Regulatsiooniga ette nähtav teavitamiskohustus on mingil määral samuti tervishoiutöötajate eelise andmine, sest neil on teavitussüsteemi täitmisel võimalus kaaluda mida ja kuidas sinna kirjutada. Kriminaalmenetlus on sellega võrreldes oluliselt põhjalikum nii patsiendi kui ka tervishoiutöötaja vaatepunktist. Samas on Taani näitel teavitussüsteemi loomine patsiendiohutuse tagamise üks olulisimaid aspekte, et saavutada ebasoodsate sündmuste tervikpildi saamist.

3.3. Teavitamine kui kriminaalvastutusest vabastamise tingimus

Taanis on ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteemi haldamine ja arendamine, samuti saadud informatsioonist saadud teadmiste abil tervishoiusüsteemis esinevate vigade parendamine ja ennetamine Patsiendiohutusameti (*The Danish Patient Safety Authority*) ülesanne.¹⁷⁶ Teavitussüsteem on ehitatud alt üles põhimõttele. See tähendab, et ebasoodsad sündmused, mis on toimunud tervishoiusüsteemi esmatasandil, st tervishoiuteenuse osutajate juures, peaksid ka olema analüüsitud esmatasandil. Järgnevalt liiguvad analüüsid regionaalsele patsiendiohutusüksusele, mis muuhulgas peab veenduma, et kõik andmed oleksid anonüümistatud enne patsiendiohutusametile saatmist. Seega on konfidentsiaalsus süsteemi toimimiseks väga oluline ning regioonidel ei ole lubatud avaldada mingit informatsiooni tervishoiutöötajate ega patsientide identiteedi kohta. Konfidentsiaalsuse nõue on üks aspekt, mis aitab kaasa mittekariistava kultuuri loomisele.¹⁷⁷ Seega on süsteem konfidentsiaalne, mittekariistav ning aruannet on võimalik esitada ka anonüümselt. Peale anonüümsete aruannete saamist otsib patsiendiohutusamet regioonide lõikes esinevaid mustreid ja suundumusi ning annab piirkondadele ja omavalitsustele tagasisidet konkreetsete ohuolukordade kohta. Teavet levitatakse ka avalikult.¹⁷⁸

Selguse mõttes on vajalik märkida, et Taani teavitussüsteemi kantavatate ebasoodsate sündmuste mõistet *adverse event* võib tõlkida mitmeti, sest terminoloogia käsitlus on meditsiinis valdkonniti erinev ning eeskätt kasutatakse seda seoses ravimite väär

¹⁷⁶ Targets and Tasks. Danish Patient Safety Authority. Kättesaadav: <https://en.stps.dk/en/about-us/targets-and-tasks/> (28.04.2020)

¹⁷⁷ Health Care in Denmark. Ministry of Health and Prevention, 2008. Lk 32-33.

¹⁷⁸ Healthcare in Denmark. An overview. The Ministry of Health, 2017. Lk 10.

manustamisega seotud kõrvalnähtudega. Taani Meditsiiniagentuur (*Danish Medicines Agency*) teeb vahet *adverse drug event*'il ning *adverse event*'il. Esimesel juhul on tegemist olukorraga, mis on seotud ravimite või teiste tervishoius kasutatavate toodetega (nt veri, koed, rakud) ning mis põhjustavad kõrvalnähtusid. Teisel juhul on tegemist ebasoodsa sündmuse või vahejuhtumiga, mis põhjustab või võis põhjustada patsiendile kahju, kuid mis ei ole patsiendi seisundi tagajärg.¹⁷⁹ Tervishoiuseadus defineerib ebasoodsat sündmust, kui sündmust, mis toimub seoses tervishoiutöötaja tegevusega, sealhulgas haiglaeelse sekkumisega või seoses ravimite manustamise ja teabega. Eristatakse veel ka juhuslikke juhtumeid (*accidental incidents*), mille hulka kuuluvad varasemad ja tundmatud juhtumid ja vead, mis ei ole tingitud patsiendi haigusest ja mis on kas kahjulikud või võisid olla kahjulikud, kuid olid varasemalt ära hoitud või ei ilmnunud muude asjaolude tõttu.¹⁸⁰

Ka Eesti puhul peab esmalt selgeks tegema mõistetes puutuva, sest kriminaalvastutuse välistamise seisukohast on oluline osa patsiendiohutusjuhtumist teavitamisel ning selle teostamine on keeruline, kui terminoloogia on ebamäärane. Otsides aga selgitust välditava tervisekahju mõistele, saab Ida-Tallinna Keskhaigla ravikvaliteedijuht dr Fedossovi artikli kohaselt mõista seda nii, et patsiendile tekkida võivad kahjud saab tinglikult jagada vältimatuteks ja välditavateks. Vältimatud on seotud patsiendi tervises seisundi, haiguse või vigastusega. Näiteks olukord, kus üks haigus põhjustab teise haiguse või kui operatsiooni teostamiseks on vajalik teha lõige, tekitada haav. Vältitavad kahjud on nn menetlustüsistused, mida on küll võimalik potentsiaalselt ära hoida, kuid mida ei saa täielikult vältida isegi rakendades maksimaalset nõutavat hoolt.¹⁸¹

Välditava kahju tekkest lähtuvalt võib patsiendiohutusjuhtumid jagada ohujuhtumiteks ja kahjujuhtumiteks. Ohujuhtumid on situatsioonid, kus tegelikku kahju ei tekkinud ning oli vaid oht kahju tekkeks. Patsiendiohutuse seisukohast on need siiski olulised, sest ohujuhtumeid juhtub palju sagedamini ja on suurem võimalus muuta tervishoid ohutumaks läbi nende õppides. Tervishoiuteenuse osutamisega seotud juhtum on seotud

¹⁷⁹ Adverse drug events and incidents with medical devices and other healthcare products. Danish Medicines Agency, 02.08.2016. Kättesaadav: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/sideeffects/adverse-events-and-incidents/> (28.04.2020)

¹⁸⁰ Vabatõlge Taani tervishoiuseaduse (*Danish Health Care Act* ehk *Bekendtgørelse af sundhedsloven*) § 198 lg-st 5 (§ 198 stk. 5).

¹⁸¹ Fedossov, V. Avameelselt patsiendiohutusest. Kättesaadav Ida-Tallinna Keskhaigla kodulehelt: <https://www.itk.ee/upload/files/artikkel-patsiendiohutus-dr-Fedossov.pdf> Lk 1-2. (28.04.2020)

tervishoiuteenuse planeerimise või osutamisega ja patsiendiohutus seega tervishoiuteenuse osutamisega kaasneva välditava tervisekahju riski eesmärgipärane vähendamine.¹⁸²

Lugedes Juridicast Ants Nõmperi jt artiklit saab ohujuhtumit mõista kui soovimatut juhtumit, mille tagajärjel tekkis või võis tekkida tervisekahjustus. Realiseerunud ohuga juhtumid on menetlustüsistused, mis omakorda jagunevad välditavateks ja mittevältitavateks, vastavalt sellele, kas tüsistuse tekkimise tõenäosuse vähendamiseks on meetmeid või ei ole. Kui vastumeetmed on olemas ja neid sai rakendada, kuid ei rakendatud, on tegemist raviveaga.¹⁸³

Eesti Keele Instituudi terminibaas Termeki defineerib ohujuhtumit (*near miss, close call*), kui valest tegevusest või tegevusetusest tekkinud viga, mis oleks võinud patsienti kahjustada, kuid ei kahjustanud tänu juhusele, ennetavale sekkumisele, õigeaegsele tegutsemisele veast tuleneva mõju leevendamiseks. Kahjujuhtum (*adverse event*) on defineeritud kui juhtum, millega kaasneb patsiendi tervise tahtmatu kahjustus, mis on pigem seotud tervishoiutöötaja tegevuse või tegevusetuse, mitte aga patsiendi tervise seisundi või haigusega. Või ka tervishoiuteenuse osutamisel põhjustatud kahjustus. Raviviga (*medical error*) on toimunud või napilt välditud ohujuhtum, mida oleks olnud kaasaegsete meditsiinialaste teadmiste kohaselt võimalik ära hoida.¹⁸⁴

Pärnu haigla kvaliteediteenistuse juhi Teele Orgse magistritöö patsiendiohutusest ei kasuta ühtegi eelnimetatud terminit põhjusel, et Eestis puuduvad vastavad definitsioonid. Tema töös on tulenevalt IOM vastavast raportist läbivalt kasutusel mõiste välditav kõrvalekalle ehk viga, mille on põhjustanud meditsiiniline sekkumine, mitte patsiendi seisund.¹⁸⁵

Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu kohaselt saab patsiendiohutusjuhtum legaaldefinitsiooni läbi tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise.¹⁸⁶ Samas kasutab seletuskiri nii mõistet kahjujuhtum, ohujuhtum kui ka raviviga. Otseselt neid

¹⁸² Fedossov, V. Avameelselt patsiendiohutusest. Lk 3.

¹⁸³ Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks. Lk 56-57.

¹⁸⁴ Eesti Keele Instituudi terminibaas Termeki. Patsiendiohutuse terminibaas. Kättesaadav: <https://term.eki.ee/termbase/view/5439008/> (28.04.2020)

¹⁸⁵ Orgse, T. Patsiendi ohutus kui teadvustamata probleem Eesti tervishoiupoliitikas. Magistritöö. Tartu 2010. Lk 8.

¹⁸⁶ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 67.

seletuskirjas defineeritud ei ole, kuid teksti lugedes saab luua mingi ülevaate. Kahjujuhtumist räägitakse, kui patsiendile on tekkinud reaalne kahju. Ohujuhtumit käsitletakse eelkõige tervishoiuteenuse osutajast rääkides, eesmärgiga vältida tulevikus tekkida võivaid vigu ning suurendada tervishoiuteenuse kvaliteeti ja ohutust aga samas kasutatakse seda mõistet ka tervisekahjudega seoses. Kohati jääb selgusetuks, kas ohujuhtum on kasutusel lühendina patsiendiohutusjuhtumist või iseseisva mõistena. Seletuskirja kohaselt kirjeldatakse ohujuhtumite loetelu tulevikus loodavas vastavas rakendusaktis.¹⁸⁷ Mõistet raviviga lahti ei seletata. Kuid näiteks KrMS'i sisseviidava muudatuse eesmärgina tuuakse muuhulgas välja, et mittekariistava kultuuri kujunemist tervishoius soodustab patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine, sealhulgas eksimustest ja ravivigadest teavitamine.¹⁸⁸ Samuti on välja toodud patsiendikindlustuse seaduse majandusliku mõju analüüsi all, et muudatus annab tervishoiutöötajatele kindlama kaitse ravivigade korral, sest nad ei pea ise patsiendile tekkinud kahju hüvitisi katma.¹⁸⁹

Seega on erinevate mõistete kasutamine segane ja konkreetset seletust, mida üks või teine tähendab, ei ole. Alates sellest, mis on välditav tervisekahju ja lõpetades raviveaga. Samuti ei ole ükski mõistetest hetkel kehtivates seadustes defineeritud. Selgust ei too ka patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse planeeritav muudatus patsiendiohutusjuhtumi defineerimiseks räägib küll tervishoiuteenuse osutamisega seotud juhtumist ja seletuskirja täiendusi lugedes tervishoiutöötaja tegevusest, kuid kindlasti vajavad täpsustamist ka mõisted ohujuhtum ja kahjujuhtum ning mingil tasandil ka menetlustüsistus ja raviviga, kuivõrd neid kasutatakse praktikas ning ka meedias üsna sageli ning ka Riigikohus on oma lahendites neile tähelepanu pööranud.¹⁹⁰ Nende defineerimine seaduse tasandil ei ole mõistagi vajalik, kuid täpsustama peab ohujuhtumi mõistet ennast. On ebamõistlik tuua seadusesse säte tervishoiutöötajate suhtes kriminaalmenetluse lõpetamiseks, kui puudub üheselt mõistetav alus, mida hõlmab endas patsiendiohutusjuhtum ning millest täpsemalt peab teavitama.

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (edaspidi WHO) raportis, andmaks Eestile patsiendiohutuse süsteemi arendamiseks vajalikku tehnilist tuge, on samuti välja

¹⁸⁷ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Nt lk 3, 23, 63, 73, 78 jt.

¹⁸⁸ *Ibid.* Lk 63.

¹⁸⁹ *Ibid.* Lk 75.

¹⁹⁰ RKKKo 3-1-1-79-10 p 20.

toodud, et info, mida tuleb teavitussüsteemi kanda, peaks olema selgelt määratletud ja kirjeldatud.¹⁹¹

3.4. Teavitussüsteemi kitsaskohad

2015. aastal kutsus Taani Patsiendiohutuse Ühing (*The Danish Society for Patient Safety*, sõltumatu organisatsioon) kokku töögrupi, kuhu kuulusid erinevate ühingute, regioonide ja riigiasutuste esindajad, et arutada teavitussüsteemi kitsaskohti ning teha ettepanekuid selle parandamiseks. 2016. aastal avaldatud raportis toodi välja mitmeid soovitusi.¹⁹² Soovitused toovad muuhulgas välja süsteemi peamised probleemid, millele Eestil tasuks oma süsteemi ülesehitusel tähelepanu pöörata ning mis on kriminaalvastutusest vabastamisel määravad.

Kõige esimesena pöörati tähelepanu sellele, et raporteerida tuleb nendest ebasoodsatest sündmustest, mis on olulised. See tähendab, et hetkel tunnevad Taani tervishoiutöötajad, et nad on kohustatud teavitama ka triviaalsetest asjaoludest, mis kulutab seeläbi ebaproportsionaalselt palju nende aega. Töögrupp lõi näitena ebasoodsate sündmuste klassifikatsioonide tabeli, et meditsiinitöötajatel oleks lihtsam mõista, millistest kindlasti tuleb raporteerida.¹⁹³ Nii nagu eelnevas alapeatükis selgitatud, peab Eesti oma süsteemi loomisel esiteks väga konkreetselt selgeks tegema mõistete sisu, et andmete kandmine süsteemi oleks võimalikult ühetaoline. Teiseks, tuleb süsteem kasutaja jaoks teha võimalikult kasutusmugavaks. Näiteks on hetkel eelnõu seletuskirja lugedes selgusetu, kas tervishoiuteenuse osutaja peetav ohujuhtumite andmekogu on eraldiseisev tavapärasest süsteemist, kuhu kantakse kõik patsiendi terviseandmed.¹⁹⁴ Ehk et kas meditsiinitöötaja peab tegema topelt tööd ja täitma erinevaid andmekogusid.

Ka Taani raporteerimise süsteemi ülesehitus peaks töögrupi sõnul olema lihtsam ning hetkel ei ole see väga kasutajasõbralik. Näiteks peaks süsteem arvestama erinevate valdkondade spetsiifikaga ja võimaldada rohkem vabas vormis selgituste andmist.¹⁹⁵ Samuti tuleb arvesse võtta, et erineva taseme tervishoiutöötajad võivad süsteemi täita

¹⁹¹ Technical assistance for establishing a patient safety system in Estonia. Mission Report. Lk 2.

¹⁹² Optimisation of the Danish incident reporting system. Lk 3.

¹⁹³ *Ibid.* Lk 9.

¹⁹⁴ Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Lk 67.

¹⁹⁵ Optimisation of the Danish incident reporting system. Lk 9.

erinevalt. Taanis läbi viidud uuringu kohaselt tuli välja, et arstid on vähem altid süsteemi täitma kui näiteks meditsiiniõed, hoolimata sellest, et neil oli võrdne kohustus selle tegemiseks. Erinevusi võivad põhjustada mitmed asjaolud, sealhulgas näiteks et viga ei tuvastatudki, häbitunne, suhtumine, et vead on paratamatud, tahtmine vigu siseriingis hoida või oskamatus süsteemi kasutada. Oluline on ka ajaline surve ehk et suure töökoormusega meditsiinitöötajad ei pruugi teavitada õigeaegselt või vajaliku detailide täpsusega, sest süsteemi täitmine võtab kaua aega.¹⁹⁶

Siiski pole kuskil täpsustatud kui informatiivne peab ebasoodsast sündmusest teavitamise raport olema, et see oleks piisav alus sanktsioonidest, nii distsiplinaar- kui ka kriminaalvastutusest, vabanemiseks. Mingi konkreetse detailsusastme nõudmine muudaks süsteemi iseenesest veelgi segasemaks ning tekitaks ebarelevantseid vaidluseid, samas on kummaline, et suvaline andmesisestus saab olla piisav. See on üks argumente, mis räägib vähemalt esialgu kriminaalvastutuse säilitamise kasuks.

Õiguskirjanduses on ühe probleemina esile toodud ka seda, et hoolimata tervishoiutöötajate professionaalsest väljaõppest, ei koolitata neid sageli oma töös lähtuma tervishoiusüsteemi, kui terviku arendamisest. Seega ei pruugi nad mõista, kui täpselt on vaja täita raporteerimissüsteemi, et see analüüsijatele ka kasu tooks.¹⁹⁷

Veel üks väga oluline soovitus, mille Taani töögrupp välja tõi, oli see et raporteerimise süsteemi ei peaks kasutama karistaval eesmärgil. Siinkohal on silmas peetud distsiplinaarkaristust. Taani töögrupp juhtis tähelepanu, et see on iga tervishoiuteenuse osutaja ülesanne kontrollida ja pidada järelvalvet, kas tema personal vastab professionaalsetele standarditele, mitte ootama raportitest tulenevaid andmeid.¹⁹⁸ Eesti kavandatava süsteemi kohaselt ei võimalda tervishoiuteenuse osutaja peetav andmekogu sisestada andmeid konfidentsiaalselt. Kui seda võimalust ei looda, on kaheldav, kas tervishoiutöötajad hakkavad seda täitma nii ausalt, kui eeldatakse.

Süsteemi miinusena tuuakse välja seda, et hoolimata sanktsioonivabast põhimõttest, mille kohaselt on kõige olulisem leida üles vead, jäävad endiselt paljud varjatuks. Väidetavalt raporteeritakse ainult 10-15% kõikidest fataalsetest intsidentidest. Samuti

¹⁹⁶ Plocharska, M. A., Horsbøl Hansen, M. Optimization of Incident Reporting System for Danish Healthcare. Lk 7.

¹⁹⁷ Chiang, M. Promoting Patient Safety: Creating a Workable Reporting System Note. Yale Journal on Regulation. 2001, vol 18, nr 2. Lk 402.

¹⁹⁸ Optimisation of the Danish incident reporting system. Lk 10.

on probleemiks, et raportid pole piisavalt detailsed, et neist oleks võimalik päriselt õppida. Vaid 30% on piisava detailsusastmega.¹⁹⁹ Ka õiguskirjanduses on viidatud samale probleemile. Hoolimata kõikidest barjääridest, mis on teavitussüsteemi võimalikult efektiivseks toimimiseks eemaldatud (nt vastutusest vabastamine) ja selle kohustuslikuks muutmisest, on see lõpuks ikkagi sisuliselt vabatahtlik.²⁰⁰ See tähendab, et lõppastmes võtab inimene ise vastu otsuse, kas intsidendist raporteerida või mitte. Juhul kui ta seda ei tee, ei järgne ka otseselt sanktsioone. Ta peab sel juhul sisuliselt arvestama ainult sellega, et juhul kui ebasoodsa sündmuse tagajärjed hiljem ilmnevad, ei ole tal seadusest tulenevat kaitset.

See on mõneti paratamatu, et kui inimesel on võimalik varjata või kui ta ei taha seda täita ning keegi teine peale tema ei ole teadlik, siis seda kannet süsteemi ka ei tehta. Tõenäoline on ka variant, et patsiendi jaoks kahjulikud sündmused on alles hilisema analüüsi käigus tuvastatavad, st et olukorra tekkimise ajal peab tervishoiutöötaja langetama otsuse, mille osas ei saa olla täpselt kindel, kas see on lõppastmes kõige õigem. Mõistagi võib tekkida ka küsimus, et kuidas kriminaalvastutusest välistamine anonüümse teavitamise korral üldse rakenduda saaks, kui raporti esitanud inimest nii või naa ei ole võimalik tuvastada. Siinkohal tuleb arvestada laiemat eesmärki ehk patsiendiohutust.

Taani seisukoht on, et kuigi nii tervishoiuteenuse osutajad kui ka meditsiinitöötajad on muidugi vastutavad ebasoodsate sündmuste tagajärgede eest, tuleb eelkõige veenduda, et toetatakse neid inimesi, kes tahavad teha õiget asja. Selle seisukoha toetuseks saab välja tuua, et teavitussüsteemi esimesel kahel toimimisaastal raporteeriti ebasoodsatest sündmustest 85% võrra rohkem ja sanktsioone kartis ainult väga väike osa ning tänu sellele omas teavitussüsteem märkimisväärt mõju patsiendiohutuse arengule.²⁰¹ Niisamuti ei kasuta Taanis suurem osa tervishoiutöötajatest anonüümse teavitamise võimalust, mis annab tõestust teavitussüsteemi usaldamisest.²⁰² 2011. aastal moodustas anonüümse raporteerimise võimalus vaid 15% raportite koguarvust.²⁰³

¹⁹⁹ Svansoe, V. L. Patient safety without the blame game. Lk 17.

²⁰⁰ Liang, B. A. The Adverse Event of Unaddressed Medical Error: Identifying and Filling the Holes in the Health-Care and Legal Systems Symposium Article. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2001, vol 29 nr 3 and 4. Lk 357.

²⁰¹ Illingworth, J. Protection or prosecution? Learning from Denmark.

²⁰² Lundgaard, M., Raboel, L., Broegger Jensen, E. jt. The Danish patient safety experience: the Act on Patient Safety in the Danish health care system. Lk 65.

²⁰³ Svansoe, V. L. Patient safety without the blame game. Lk 17.

Samas peab arvestama, et kuivõrd kriminaalmenetluse lõpetamise aluseks on justnimelt korrektne teavitamine, tuleb olla maksimaalselt veendunud, et teavitussüsteemi täidetakse nõuetekohaselt. Anonüümsus on siinkohal väga oluline märksõna, sest ilma selleta võib tekkida olukord, kus ohujuhtumist teavitama pidav inimene ei pruugi seda üldse teha. Näiteks Rootsi seadusandluses ei ole samuti võimalust anonüümseks andmesisestuseks esmatasandil ning seal läbiviidud ohujuhtumite uuring tõi välja, et ebasoodsa sündmuse toimumise järgselt tuntakse muuhulgas häbi, pettumust, hirmu kolleegide kriitika või reputatsiooni kahjustumise ees ning muretsети töö kaotamise või distsiplinaarkaristuse pärast. Kuigi uuring ei keskendunud otseselt teavitamisprotsessile, tõi paljud siiski välja, et lisastressi põhjustas sündmustest teavitamise kord ja ebaselgus. Asjaolude uurimine võttis kaua aega ning tagasisidet sageli ei antud. Uuringu kokkuvõtte näitas selgelt, et kõige olulisem on organisatsiooni sisekliima, kus ohujuhtumitest tuleb rääkida avatult ja hinnanguid andmata.²⁰⁴

Ka Maailma Tervishoiuorganisatsioon toob oma kodulehel välja, et patsiendiohutuse edendamise seisukohast on teavitussüsteemidel väga oluline roll. Tervishoiuvigu põhjustab sageli nõrk süsteem ja neil on sageli ühised algpõhjused, mida saab üldistada ja parandada, suurendades seeläbi patsientide ohutust ning võimaldades õppida tervishoiusüsteemi tõrgetest. Ehkki iga sündmus on ainulaadne, on riskiallikes tõenäoliselt sarnasusi ja mustreid, mis võivad muidu jääda märkamatuks, kui juhtumitest ei teatata ja neid ei analüüsita.²⁰⁵

Euroopa Komisjoni soovitude kohaselt peab teavitussüsteem olema muuhulgas üles ehitatud selliselt, et julgustada tervishoiutöötajaid ohujuhtumitest raporteerima ning võimaluse korral peaks aruandlus olema vabatahtlik, anonüümne ja konfidentsiaalne.²⁰⁶ Anonüümse täitmise võimaluse olulisusele on viidatud ka õiguskirjanduses, sest arvestades tervishoiutöötajate hirmu vastutuse ees, on keeruline nõuda neilt ausat ja detailitäpset teavitamist. Konfidentsiaalsus aitaks kaasa vajaliku detailsusastme saavutamisele.²⁰⁷

²⁰⁴ Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., jt. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality & Safety* 2014, 15.11.2013. Kättesaadav: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/4/325.full.pdf> Lk 327, 329-330. (28.04.2020)

²⁰⁵ Patient safety. From information to action. Kättesaadav WHO kodulehelt: https://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/en/ (28.04.2020)

²⁰⁶ Council of Europe Recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Rec iii.c.

²⁰⁷ Chiang, M. Promoting Patient Safety: Creating a Workable Reporting System Note. Lk 405.

Tuleb arvestada, et anonüümsus võib omakorda tekitada ka probleeme, sest isikud, kes on vastutavad andmete analüüsimise eest, ei saa hiljem raporteeritud sündmuse kohta lisainfot küsida, et vajadusel asjaolusid täpsustada.²⁰⁸ See probleem on ilmselt paratamatult kaasnev nähtus, eriti esimestel kasutusaastatel, kus süsteem ennast alles niiõelda sisse töötab. Hilisemas etapis tulevad peamised sisestusvead välja ning nendele saab tähelepanu pöörata.

Veel üks, ka Eesti konteksti sobituv, soovitus Taani töögrupilt oli see, et analüüsida peaksid olema kasutatavad organisatsioonisisestelt võimalikult madalal tasemel. Taani praeguse süsteemi reaalsus on see, et valdav osa aruannetest puudutab esmatasandi töö (suhtlus, protsessid, koolitus, töökeskkond) sobimatut korraldamist. Parimad võimalused nende parandamiseks on aga üksikutel üksustel endil ja seega võiks nende vastutust selles vallas tõsta. Vaid väga väikest osa juhtumitest on parem lahendada kõrgemal tasemel, näiteks sektoriteülesed intsidendid, meditsiiniseadmetega seotud intsidendid, IT-süsteemide arendamisega seotud intsidendid jms.²⁰⁹

Ka teistest Taanis läbi viidud uuringutest selgub, et peamised intsidendid, millest teavitatakse, on seotud suhtlemisprobleemide, töötajate puuduse või protseduuride kontrollimata jätmisega. Järgnevad muud tervishoiuteenuseid mõjutavad tegurid, mis on seotud näiteks üksikisikute, meeskonnatöö, töökoha ja selle keskkonnaga.²¹⁰ Esmatasandi analüüside olulisust rõhutas Taani töögrupp veelgi, tuues eraldi soovitusena välja, et väga keeruline on riiklikul tasandil avastada haruldasi juhtumeid ja suundumusi, mida kohalikul tasandil pole nähtud. Seega ei peaks aruandlussüsteemi eesmärk olema tingimata haruldaste juhtumite mustrite leidmine, vaid pigem kohaliku parenduskultuuri loomise toetamine. Saadud kogemust tuleb vahetada laiemalt.²¹¹

Viimased soovitused aitavad taaskord näitlikustada seda, et suur osa tervishoiuteenuse kvaliteedist võib olla seotud väikeste asjaoludega, mis ei too ilmtingimata kaasa vajadust kriminaalvastustuse välistamiseks. Teavitamise soodustamine peaks algama tööandjast ning oluline on üles leida need kitsaskohad, mis takistavad tervishoiutöötajatel nende tööd efektiivselt tegemast. Juhul, kui Eesti otsustab minna

²⁰⁸ Plocharska, M. A., Horsbøl Hansen, M. Optimization of Incident Reporting System for Danish Healthcare. Lk 13.

²⁰⁹ Optimisation of the Danish incident reporting system. Lk 10.

²¹⁰ Plocharska, M. A., Horsbøl Hansen, M. Optimization of Incident Reporting System for Danish Healthcare. Lk 6.

²¹¹ Optimisation of the Danish incident reporting system. Lk 11.

seda teed, et tervishoiutöötajate kriminaalvastutus välistatakse, tuleb süsteemi võimalikud kitsaskohad läbi analüüsida muuhulgas Taani näitel, kellel on ainsana Põhjamaadest vastava muudatuse sisseviimise kogemus. Samuti on väga oluline lisada loodavasse regulatsiooni anonüümse teavitamise võimalus esmatasandil. Töö autori hinnangul ei ole tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamine Eesti oludesse kõige ratsionaalsem valik, sest süsteemi edukaks toimimiseks ja seeläbi patsiendiohutuse arendamiseks ja tervishoiusüsteemi kvaliteedi tõstmiseks, ei ole vastav meede ilmtingimata vajalik. Nii Rootsis, Norras kui ka Soomes on patsiendiohutus tagatud erinevate meetmete kasutuselevõtuga ning tugevat erisust võrreldes Taaniga ei ilmne.

Kokkuvõte

Töö esimeseks eesmärgiks oli uurida KarS § 117 ja § 119 tunnuseid tervishoiutöötaja vaatenurgast, lähtudes ettevaatamatuselt toimepandud tegevusetusdelikti koosseisuelementidest. Peab märkima, et kuivõrd kohtupraktikat on väga vähe, sest süüdi on mõistetud vaid üksikud tervishoiutöötajad, on keeruline üldistusi ja kokkuvõtteid teha. Samas on lahendite vähesus kaudselt ka käesoleva töö hüpoteesi toetav ehk et kriminaalvastutusest vabastamine ei ole ilmtingimata vajalik ohujuhtumitest raporteerimise soodustamiseks.

Ettevaatamatuselt toimepandud tegevusetusdelikti koosseisuelementidest esimene, mida kaasuse lahendamisel silmas peetakse ja mis on ühtlasi ka tervishoiutöötajatele karistuse määramisel üheks peamiseks sõlmpunktiks, on hoolsuskohustus. Problemaatiline on siinkohal asjaolu, et hoolsust on väga keeruline sisustada ning konkreetset vastust sellele, milline on hoolas käitumine, ei ole olemas. Hoolsuskohustuse aluseks võivad küll olla moraalinormid või tavad ning mingis konkreetses valdkonnas ka õigusaktidega seatud käitumisjuhised, on meditsiin oma olemuselt siiski selline, kus olenevalt patsiendi organismi eripäradest võib ette tulla väga harvaesinevaid olukordi. Sellisel tasemel reguleeritust ei ole ka mõistlik eeldada. Seetõttu lisandubki hoolsuskohustusele lubatud riski põhimõte, mis võimaldab teatud olukordades hoolsa käitumise mõistet laiendada.

Praktikas tekitab probleeme ka prokuröride ja kohtunike vastavate meditsiiniliste teadmiste puudumine, mis raskendab menetluse läbiviimist ja otsuse langetamist. Kasutatakse (kohtumeditiini)eksperte, kuid arvestades Eesti väikest mastaapi ning mõne konkreetse eriala kitsast ringi võib esineda paratamatult olukord, kus hinnangut andev inimene ei pruugi jääda objektiivseks. Niisamuti langetab kohtunik otsuse lõppastmes oma siseveendumuse pinnalt. Sama probleem esineb ka tagajärje omistamisel *ex ante* vaateleja kasutamisel, kus tüüpisikuna tuleb tervishoiutöötajate puhul konstrueerida hoolika erialaarsti võrdkuju.

Tegevusetus on samuti oma olemuselt problemaatiline, kasvõi juba sellepärast, et riik on sisuliselt karistusähvardsuse alusel pannud inimestele kohustuse teatud olukordades tegutsemiseks. Tervishoiutöötajate vastavasisuline kohustus tuleneb sisuliselt nende erialast, mille eesmärk on inimest aidata ning see muudab nad patsiendi suhtes

kaitsegarantideks, st nad peavad veenduma, et nende kaitse all olevat õigushüve ei kahjustataks. Garandiseisund on ka üks problemaatilisemaid tegevusetusdeliktide koosseisuelemente. Probleemiks ei ole mitte kaitsegarandiks olemise faktiline tuvastamine, vaid kaitsefunktsiooni võimalik üleminek. Ehk et keeruliste olukordade hindamisel, kus isikukahju tekkimine on olnud päevade, mitte tundide küsimus, tekitab vaidlust asjaolu kas algpõhjustaja on ehk kaitsefunktsiooni üle andnud. Nii on näiteks raviarstil igal juhul kaitsekohustus, kui ta pole seda vastava tahteavaldusega üle andnud.

Ka tagajärje omistamine on tegevusetusdeliktidele iseloomulik probleemkoht, seda eriti meditsiiniga seotud kaasustes. Väga sageli peab tervishoiutöötaja võtma vastu otsuse kiiresti ja pingelises olukorras, nt operatsioonil kus patsiendi tervis võib ootamatu olukorra ilmnedes kahju saada lühikese aja jooksul. Äärmiselt keeruline on tagantjärele hinnata, milline oleks tol hetkel olnud õige käitumine, eriti nendel isikutel, kes ei olnud kohapeal. Kasutusel on küll riski vähendamise teooria, mille kohaselt oleks nõutav tegevus pidanud vähemalt kaasa aitama päästmisvõimaluse suurendamisele. Töö autori hinnangul on tagajärje omistamine kõige keerulisem koosseisuelement, sest iga inimese organism on erinev ning haigused on ajas väga kiiresti muutuvad. Seega võiks nõutava tegevuse konstrueerimine olla veidi teistsuguse lähenemisega, näiteks patsiendi seisundi võimalikult väikesteks etappideks võtmine ning iga hetke võimalikult eraldiseisev analüüsimine.

Töö teine eesmärk oli analüüsida patsiendikindlustuse süsteemi regulatsiooni Põhjamaades. Oluline oli siinkohal välja tuua erinevates riikides kasutusel olevad ebasoodsatest sündmustest raporteerimise regulatsioonid, sest nendest teavitamise kohustus on kriminaalvastutusest vabastamise esmane eeltingimus.

Kõik töös käsitletavad riigid, Soome, Rootsi, Norra ja Taani, kasutavad *no-fault* kontseptsioonil põhinevat patsiendikindlustuse süsteemi, mis on orienteeritud kahju hüvitamisele, mitte süüdlase otsimisele. Laiemalt võttes on see üks osa patsiendiohutuse arendamisest ja tervishoiu edendamisest. Nende eesmärkide efektiivsemaks täitmiseks on kõik eelpool nimetatud riigid kasutusele võtnud ebasoodsatest sündmustest teavitamise süsteemi, et tervishoius esinevaid vigu analüüsida ning vältida nende esinemist tulevikus.

Rootsis, Norras ja Taanis tuleneb vastavasisuline raporteerimise kohustus seadusest ning loodud on vastavad üleriiklikud regulatsioonid. Soomes on tervishoiuteenuse osutajal küll kohustus omada patsiendiohutuse edendamise kava, kuid ebasoodsatest sündmustest raporteerimine on vabatahtlik ning tehnilised lahendused on organisatsiooniti erinevad. Riigiti on erinev muuhulgas ka see, millistest sündmustest on vajalik teavitada. Nii on Norras vaja teavitada ainult tõsistest sündmustest nagu patsiendi surm või tervise oluline kahjustumine, kuid Taanis tuleb teavitada kõikidest sündmustest, mis on seotud patsientide ravi või haiglas viibimisega.

Taani on neist riikidest ainus, kes eristub teavitamissüsteemiga kõige enam, sest võimaldab süsteemi täita anonüümselt alates organisatsiooni tasandilt ning kes on lisaks distsiplinaar jms järelevalvele vabastanud teavitamiskohustust täitnud tervishoiutöötajad ka kriminaalvastutusest. Teistel riikidel on anonüümsus tagatud andmete saatmisel niiõelda järgmistele kesktasanditele. Anonüümsuse erisuse puudumist tuuakse teiste riikide puhul palju välja, sest see ei võimalda ebasoodsatest sündmustest raporteerida analüüsimiseks vajaliku täpsusega, sest kardetakse kolleegide kriitikat, tuntakse häbi, või ilustatakse enda puudujääke.

Töö kolmas eesmärk oli analüüsida tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamist ning Taani vastavasisulise sätte sobilikkust Eesti konteksti. Taani on võetud aluseks, sest on analüüsitud Põhjamaadest ainus, kes on oma ebasoodsatest sündmustest raporteerimise süsteemi üles ehitanud selliselt, et korrektse teavitamise korral on tervishoiutöötajad vastutusest vabastatud. Eestis menetluses olev patsiendikindlustuse seaduse eelnõu looks rakendussättena kriminaalmenetluse seadustikku vastavasisulise Taani analoogi kasutava võimaluse.

Kriminaalvastutusest vabastamine on karistusõiguslikus mõttes äärmuslik meede, sest paneb ühe eluala esindajad eelisseisundisse. Vastutusest vabastamine on Eestis olnud aktuaalne teema juba aastaid ning valdavalt peavad tervishoiutöötajad ise seda vajalikuks sammuks, mis võtaks neilt pideva hirmu süüdiäärmise ees kui patsiendiga peaks midagi ootamatult juhtuma. Patsiendiohutuse arendamiseks ja nende huvide parema kaitstuse tagamiseks on kahjuhüvitiste süsteemi loomine igal juhul õigustatud, kuid töö autori hinnagul ei ole kriminaalvastutusest vabastamine ilmtingimata vajalik samm, mis aitaks patsiendiohutust tagada.

Siinkohal tõusetub esiteks eetiline küsimus, sest arsti elukutse eripära on kaitsta patsienti kui nõrgemat poolt. Vabastades tervishoiutöötajad vastutusest on see tasakaal taas ühele poole kaldu. Samuti on inimese elu ja tervis niivõrd olulised õigushüved, mille kaitstuse tagamisse ei saa suhtuda kergekäeliselt. Praegu kehtivad ettevaatamatusdeliktid toimivad õigushüve kaitsmise meetmena piisavalt, et puuduks vajadus karistusõiguse aluseid muutma hakata. Seda näitlikustab esiteks väga väike arv süüdimõistvaid kohtuotsuseid, neid on kõigest seitse ning samuti väike arv algatatud kriminaalmenetlusi.

Seega tuleneb arstide hirm tõenäoliselt millestki muust, kas see võib olla seotud hirmuga pika kohtumenetluse ees, meediakajastuse ees, kolleegide kriitika ees vms, on raske hinnata, kuid näiteks teistes riikides läbiviidud ebasoodsate sündmuste teavitamise uuringud on muuhulgas viidanud organisatsioonisisestele puudujääkidele. Seega võib põhjus seisneda näiteks hoopis organisatsiooni sisekliimas ehk et meeskond pole toetav, ülemused ei aktsepteeri vigu, puudujääkidest ei räägita, ohujuhtumeid ei analüüsita läbi jne. Meditsiinis esinevaid vigu ei peaks vaatama tervishoiutöötajate kompetentsuse vaatevinklist vaid muuhulgas kui süsteemi puudujääke, kuid see eeldab kultuurilist nihet kogu tervishoiusüsteemis.

Töö autori hinnangul peaks enne kriminaalvastutusest vabastamist katsetama teisi meetmeid tervishoiutöötajate hirmu maandamiseks. Nii on näiteks Taani oma raporteerimissüsteemi üles ehitanud selliselt, et võimaldab patsientidega seotud juhtumitest teavitada ka anonüümselt. Eesmärk on toetada eelkõige neid, kes tahavad teha õiget asja, st aidata kaasa tervishoiusüsteemi nõrkade kohtade leidmisele ja parandamisele, kuid kes mingil põhjusel kardavad seda teha oma nimega, olgu need põhjused millised tahes.

Oluline on välja tuua, et tervishoiuteenuste osutamisel kahju saanud isik saab igal juhul raske tervisekahjustuse või surma korral oma õiguste kaitseks uurimisorganite poole pöörduda. See on õigusriiklik põhimõte, mida ei saa välistada. Käesoleva töö kontekst on seotud patsiendikindlustuse süsteemiga, mis eeldab teavitamissüsteemi efektiivse toimimisena muuhulgas tervishoiutöötajate kriminaalvastutusest vabastamist, st korrektse teavitamise korral nende suhtes kriminaalmenetluse lõpetamist.

Kuivõrd teavitamine on esmane eeltingimus kriminaalvastutusest vabastamiseks nii Taanis, kui ka Eesti planeeritavas sättes, tuleb vastava sätte seadusandlusesse sisseviimisel olla maksimaalselt veendunud, et teavitussüsteem toimib. Käesolevast tööst tuli välja mitu kitsaskohta. Esiteks on oluline, et kõik osapooled saaksid ühtviisi aru, millest tuleb teavitada ning mis on käibel olevad mõisted. Hetkel puuduvad legaaldefiniitsioonid ning seega on igaühel veidi erinev arusaam, mis on nt ohujuhtum, raviviga või menetlustüsistus. Samuti tuleb võimalikult täpselt määratleda, mis on teavitamise seisukohast olulised sündmused ja luua teavitamiseks võimalikult lihtne süsteem. Ka Taanis toodi välja, need aspektid põhjustavad tervishoiutöötajates segadust ning kulutavad ebaproportsionaalselt palju nende aega. Tuleb arvestada, et meedikud on tihti tööga ülekoormatud, neil on arusaam ebasoodsatest sündmustest erinev, nad ei pea oluliseks kõigest raporteerimist jne.

Süsteemi loomisel tuleb silmas pidada ka selle mittekaristavat iseloomu. Siinkohal tuleb eelkõige silmas pidada, et ebasoodsast sündmusest teavitanud isikut ei tohiks raporti alusel allutada distsiplinaarjuurdlusele. Hoolimata seaduses selle otsesõnu keelamisega, ei pruugi tervishoiutöötajad siiski vajalikult täpselt ja ausalt teavitada, sest võivad tunda häbi või hirmu kollegide kriitika ees, tunda töökiusamist vms.

Järelikult ei ole teavitamise soodustamise juures kõige olulisemaks kriminaalvastutusest vabastamine, vaid süsteemi anonüümse täitmise võimaldamine. Kuivõrd lõppastmes on kõige olulisem eesmärk patsiendiohutus ja tervishoiukvaliteedi areng on vajalik, et raporteeritaks võimalikult detailselt. Anonüümsuse korral ei oleks kriminaalvastutusest vabastamise vajalikkus õigustatud ning karistusõigusesse ei peaks sekkuma. Arvestama peab ka võimalusega, et isegi kui on ette nähtud vastutusest vabastamine aga anonüümsust ei tagata, ei pruugi tervishoiutöötajad seda vajaliku täpsusega täitma hakata.

Seega, kuivõrd kõige olulisem on patsiendiohutus, tuleb selle edendamiseks kasutusele võtta õiguskorda sobivad meetmed. Juhul, kui kriminaalvastutuse välistamine on selle eesmärgi saavutamiseks ilmtingimata vajalik ja vältimatu eeldus, peab see olema põhjendatud kas vastavatele uuringutele või teiste riikide praktikale tuginedes. Ka käesolevas töös ei tulnud välja ühtegi konkreetset vastutuse välistamist toetavat seisukohta. Tervishoiutöötajate seas levivad süüdiäämise hirmu saab seega maandada distsiplinaarvastutusest vabastamise ja raporteerimisele anonüümsuse võimaluse

lisamisega. Muuhulgas on oluline luua organisatsioonisiselt selline õhkkond, mis soodustaks süsteemi täitmist, kuivõrd väga paljud ebasoodsate sündmuste esinemisega seotud probleemid tulenevad just esmatasandi töö korraldamisest. Samas eeldab see laiemat kultuurilist nihet, mis võtab paraku kaua aega. Tervishoiutöötajad peavad tahtma ohujuhtumitest teavitada mitte sellepärast, et enam pole hirmu süüdiäämise ees vaid sellepärast, et see aitab kaasa nende isiklikule arengule, vigadest õppimisele, tervishoiu kvaliteedi tõstmisele, patsiendihutusele jne.

Summary

Criminal liability of healthcare professionals in Estonia and necessity for change

Nowadays, law and medicine are closely connected and regulations are constantly being changed and supplemented. Therefore, it is not surprising that the changes may also be related to criminal law, as health professionals are dealing with human life and health on a daily basis in their work, which are in turn strongly protected by criminal law. Despite the legal regulations it is also essential that the patient trusts the doctor in order to ensure effective treatment, and the doctor must be empowered to act independently within the framework of his or her professional practice. However, this independence does not mean that a doctor is excluded from criminal liability.

In recent years, the issue of regulating the liability of doctors and health care professionals and the need to change it have become more and more important in the Estonian medical and legal circles. The main focus is on setting up a patient insurance system with the aim of promoting patient safety and developing the healthcare system through learning from incidents. It is argued that one of the bottlenecks that hinders this development is the criminal liability of health professionals. The main reason for non-reporting of incidents is allegedly the fear of responsibility among medical professionals. Basically it means that release from liability would enable healthcare workers to make difficult and risky decisions that could save a person's life without fear that if they fail, they may be prosecuted.

For this reason, in the pending Estonian Patients' Insurance Act is intended to make an amendment to the Code of Criminal Procedure that would allow healthcare professionals to be released from criminal liability if they meet the conditions laid down for that purpose. The first and most important condition is incident reporting.

A similar patient insurance model has long been used in other Nordic countries, as well as in Finland, Sweden, Norway and Denmark, and therefore Estonia has based its law on, among other things, the provisions and practice of these countries. Despite the fact that the model used in the Nordic countries is broadly similar, Denmark is the only one whose legislation also contains a provision that excludes criminal proceedings when reporting incidents. For this reason, the work in analyzing the necessity of the exemption provision from criminal liability largely focuses on the Danish model and

practice, but also takes into account the experience of other countries and their suitability for the Estonian context.

So the aim of this work, according to the hypothesis, is that the release of health care workers from criminal liability is not necessary to facilitate the reporting of incidents and thus to improve the quality of health care services. Based on the hypothesis, the author has set three goals:

1. To study the features of § 117 and § 119 of the Penal Code and to analyze the problem areas of the law from the perspective of a health care professional.
2. To analyze the regulation of the criminal liability in the Nordic countries.
3. To analyze the Danish criminal exemption provision and its suitability for the Estonian context.

The purpose of the first chapter of the work is to examine the grounds on which a healthcare professional incurs criminal liability for negligent homicide (Penal Code § 117) and causing serious health damage through negligence (Penal Code § 119). Insofar as liability primarily concerns inaction, the analysis is based on negligence omissions of inaction and their composition elements from the point of view of the healthcare professional.

The second chapter analyzes the patient insurance system and the criminal liability of healthcare professionals in the Nordic countries, Finland, Sweden, Denmark and Norway. These countries also have an incident reporting system in place to ensure patient safety and develop the healthcare system. Giving an overview of the systems in these countries is necessary to provide a broader overview of the changes that Estonia plans to introduce in the field of patient safety and health care. The presentation of different national approaches helps to assess the position expressed in the hypothesis about the necessity to change the criminal liability.

The third chapter focuses on the release of healthcare professionals from criminal liability and the necessity for change in more detail. For this reason, the pending Estonian Patient Insurance Act and the explanatory note have largely been used in the chapter to provide an overview of the planned changes and to compare them with the corresponding Danish regulations. The aim of the chapter is therefore to analyze

whether releasing health care workers from liability is the optimal solution in the Estonian context as well.

During the analysis of negligence appeared that the first constituent elements of a negligence omission, which is taken into account in resolving a case and which is also one of the main points in sentencing health professionals, is the duty of care. The problem is that the duty of care is very difficult to furnish and there is no concrete answer to what constitutes as careless behavior. Although the duty of care may be based on moral norms, practices or codes of conduct in specific area, medicine is inherently depending on the characteristics of the patient's body and therefore very rare situations may arise. Therefore, the principle of permissible risk is added to the duty of care, which allows the concept of careless behavior to be extended in certain situations.

In practice, the lack of adequate medical knowledge of prosecutors and judges is also a problem, making it difficult to conduct proceedings and reach a decision. Forensic medicine experts are used, but given the small scale of Estonia and the narrow circle of some specific specialties, the person making the assessment may not remain objective.

Inaction is also problematic in nature, because the state has essentially obliged people to act in certain situations on the basis of a threat of punishment. The obligation of healthcare professionals to do so arises, in essence, from their profession, which is intended to assist the person, and this makes them guarantees of protection for the patient. The problem is the possible transfer of the protection function when assessing complex situations. Thus, for example, a treating doctor in any event has a duty of protection if he or she has not handed it over with a corresponding declaration of intent.

Attribution of consequences is also a problem because very often, a healthcare professional has to make a decision quickly and in a tense situation, such as an operation where the patient's health can be damaged in a short time if an unexpected situation occurs. It is extremely difficult to assess a posteriori what the correct behavior would have been at that time, especially for those who were not present. There is a risk reduction theory in place, according to which the required action should at least have helped to increase the chances of rescue. According to the author of the work, attributing the consequence is the most difficult component, because every human body is different and diseases change very quickly over time. Thus, constructing the required

activity could take a slightly different approach, such as taking the patient's condition into as few steps as possible and analyzing each moment as separately as possible.

During the analysis of regulation of the patient insurance system in the Nordic countries appeared that all countries covered in the study, Finland, Sweden, Norway and Denmark, who use a no-fault concept patient insurance system focus more broadly to development of patient safety and the promotion of healthcare as well. In order to meet these objectives more effectively, all of the above countries have introduced an adverse event reporting system to analyze health errors and prevent them from occurring in the future.

In Sweden, Norway and Denmark, the relevant reporting obligations arise from the law and corresponding national regulations have been established. In Finland, the healthcare provider is obliged to have a patient safety promotion plan, but reporting of adverse events is voluntary and technical solutions vary from organization to organization. Among other things, the events that need to be reported vary from country to country as well. Thus, in Norway, only serious events such as the death of a patient or significant damage to health need to be reported, but in Denmark all events related to the treatment of patients or their hospital stay need to be reported. Denmark is the only country that differs the most because its notification system allows healthcare workers to report anonymously from the organizational level and which has exempted healthcare professionals from criminal liability.

The third aim of the work was to analyze the release of health care workers from criminal liability and the suitability of the relevant Danish provision in the Estonian context. Exemption from criminal liability is an extreme measure in criminal law terms, as it puts members of one's speciality in a privileged position. In order to develop patient safety and ensure better protection of their interests, the establishment of a system of compensation is in any case justified, but in the opinion of the author of the work, release from criminal liability is not necessarily a necessary step to ensure patient safety.

Here, first of all, an ethical question arises, because the specificity of the medical profession is to protect the patient as a weaker party. By relieving healthcare professionals of their responsibilities, this balance is once again tilted. Human life and

health are so important legal benefits which protection cannot be taken lightly. The current negligence measures in Penal Code protect the legal interest sufficiently so that there is no need to change the basis of criminal law. This is illustrated, firstly, by the very small number of convictions, only seven, as well as the small number of criminal proceedings instituted.

According to the author of the work, other measures to alleviate the fear of health care workers should be tested before being released from criminal liability. For example, Denmark has set up its reporting system to allow patients to be reported anonymously. As notification is the primary precondition for release from criminal liability in both Denmark and the planned provision in Estonia, when introducing the respective provision into legislation, one must be as convinced as possible that the notification system works. Several bottlenecks emerged from this work. Firstly, it is important that all parties have a common understanding of what needs to be communicated and what the current concepts are. There are currently no legal definitions in Estonian law, so everyone has a slightly different understanding. It is also necessary to define as precisely as possible what is relevant for notification and to set up a system that is as simple as possible. It was also pointed out in Denmark that these aspects are confusing and disproportionately time-consuming for healthcare professionals. It must be taken into account that doctors are often overworked, have a different understanding of adverse events, they do not consider it important to report only, and so on.

Consequently, the most important thing in notification is not the exemption from criminal liability, but the provision of anonymous enforcement of the system. As patient safety and the development of the quality of healthcare are the most important goals in the final stages, it is necessary to report in as much detail as possible. In the case of anonymity, the necessity for changing the criminal liability system would not be justified and criminal law should not be interfered with. It must also be taken into consideration the possibility that, even if an exemption from liability is provided, but anonymity is not guaranteed, healthcare professionals may not be able to comply with it with the necessary precision.

Therefore, as patient safety is most important, appropriate measures must be taken to promote it. Where the exclusion of criminal liability is strictly necessary and to the attainment of that objective, it must be justified either on the basis of relevant research

or on the basis of the practice of other countries. Also in this work, no specific position was expressed in support of the exclusion of liability. Fear of guilt among healthcare professionals can thus be alleviated by exempting from disciplinary action and the possibility of anonymity for reporting. Among other things, it is important to create an atmosphere within the organization that would facilitate the implementation of the system, as many problems related to the occurrence of adverse events arise from the organization of work at the primary level. At the same time, it requires a wider cultural shift, which unfortunately takes a long time. Healthcare professionals need to want to report incidents not because there is no longer a fear of guilt, but because it contributes to their personal development, learning from mistakes, improving the quality of healthcare, patient safety, and so on.

Kasutatud materjalide loetelu

Kasutatud kirjandus

1. Anderson, A. Arstieetikat kujundanud dokumendid ja ajavoolud. Eesti Arst 2013, 92(7).
2. Anell, A., Glenngard, A.H., Merkur, S. Sweden. Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. 2012, Vol. 14, No. 5. Kättesaadav: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf (28.04.2020)
3. Bogdan, J. Medical malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here? Center for Justice and Democracy. Nr 21, July 2001. Kättesaadav: <https://www.centerjd.org/content/white-paper-medical-malpractice-sweden-and-new-zealand-should-their-systems-be-replicated-0> (28.04.2020)
4. Bratlid, D. Is the Norwegian System of Patient Injury Compensation in the best interests of patients? Tidsskriftet. The Journal of the Norwegian Medical Association. 12.12.2017. Kättesaadav: <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/debatt/norwegian-system-patient-injury-compensation-best-interests-patients> (28.04.2020)
5. Budzowska, J. Extrajudicial compensation proceedings for injured patients in Sweden and in Poland. 19.01.2020. Kättesaadav: <https://personalinjurylawyers.pl/extrajudicial-compensation-proceedings-for-injured-patients-in-sweden-and-in-poland/> (28.04.2020)
6. Chiang, M. Promoting Patient Safety: Creating a Workable Reporting System Note. Yale Journal on Regulation. 2001, vol 18, nr 2.
7. Could this have happened here? Examples and experience gained from investigation of serious adverse events 2010–2013. Report of the Norwegian Board of Health Supervision. 3/2014. Kättesaadav: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplaster/english/serious_adverse_events_report_3_2014.pdf (28.04.2020)
8. Council of Europe Recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24.05.2006. Kättesaadav:

- https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5 (28.04.2020)
9. Eesti arstieetika koodeks.
https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2011/10/Eesti_arstieetika_koodeks.pdf
(28.04.2020)
10. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 2017. Kättesaadav:
<https://pohiseadus.ee/index.php?sid=1&ptid=33&p=28> (28.04.2020)
11. Esperk, M. Arstide nõiajahile terendab lõpp. Äripäev. 31.10.2016. Kättesaadav:
<https://www.aripaev.ee/uudised/2016/10/31/arstide-noiajahile-terendab-lopp>
(28.04.2020)
12. Essinger, K. The Swedish Medical Injury Insurance. Report 20.02.2009. Kättesaadav:
http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija_sabiedribas_lidzdaliba_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/zviedrijas_traumu_apdrosin.pdf
(28.04.2020)
13. Everaus, E. Arsti karistusõiguslik ja tsiviilõiguslik vastutus Eestis – kas on vaja muutusi? Magistritöö, Tartu 2015.
14. Fedossov, V. Avameelselt patsiendiohutusest. Kättesaadav Ida-Tallinna Keskhaigla kodulehelt: <https://www.itk.ee/upload/files/artikkel-patsiendiohutus-dr-Fedossov.pdf> (28.04.2020)
15. Førde, R., Aasland, O. G. Is imperfection becoming easier to live with for doctors? Clinical Ethics. 2012, vol 12(1). Kättesaadav:
<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5375019&blobtype=pdf> (28.04.2020)
16. Guillod, O. Medical Error Disclosure and Patient Safety: Legal Aspects. Journal of Public Health Research. Vol 2:e31, 2013.
17. Health Care in Denmark. Ministry of Health and Prevention, 2008. Kättesaadav:
<https://tyskland.um.dk/de/~media/Tyskland/German-site/Documents/Reise%20und%20Aufenthalt/Health%20Care%20in%20Denmark.pdf> 28.04.2020)
18. Healthcare in Denmark. An overview. Published by Ministry of Health, 2017. Kättesaadav:
https://www.sum.dk/English/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx (28.04.2020)

19. Illingworth, J. Protection or prosecution? Learning from Denmark. The Health Foundation. 25.03.2013. Kättesaadav: <https://www.health.org.uk/blogs/protection-or-prosecution-learning-from-denmark> (28.04.2020)
20. Jaago, O., Paal, K., Olle, V. Meditsiiniõiguse kommentaarid. OÜ Greif, 2003.
21. Johansson, H. The Swedish system for compensation of patient injuries. Uppsala Journal of Medical Sciences, 2010; 115(2). Lk 88-89. Kättesaadav: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2853784/> (28.04.2020)
22. Jorstad, R. G. The Norwegian System of Compensation to Patients. Medicine and Law. Issue 21(4), 2002.
23. Kachalia, A.B., Mello, M.M., Brennan, T.Y., Studdert, D.M. Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. Social Science & Medicine. Vol 66, issue 2, January 2008.
24. Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K., Reissell, E., jt. Finland. Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. 2019, vol 21, no 2. Kättesaadav: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/18176127-eng.pdf> (28.04.2020)
25. Kergandberg, E. Meditsiiniõigusest, eriti transplantatsiooniga seondult. Juridica nr 7, 1994.
26. Kühl, K. Karistusõigus. Üldosa. Kirjastus Juura, 2002.
27. Lepassalu, V. Arstide liidu juht: Ravivigade registrist ja patsiendikindlustusest võidavad kõik. Pealinn, 02.09.2019. Kättesaadav: <http://www.pealinn.ee/tagid/koik/arstide-liidu-juht-ravivigade-registris-ja-patsiendikindlustusest-n245189> (28.04.2020)
28. Liang, B. A. The Adverse Event of Unaddressed Medical Error: Identifying and Filling the Holes in the Health-Care and Legal Systems Symposium Article. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2001, vol 29 nr 3 and 4. Lk 357.
29. Liukka, M., Hupli, M., Turunen, H. Problems with incident reporting: Reports lead rarely to recommendations. Wiley Journal of Clinical Nursing. 18.12.2018. Kättesaadav: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.utlib.ut.ee/doi/epdf/10.1111/jocn.14765> (28.04.2020)
30. Lundgaard, M., Raboel, L., Broegger Jensen, E. jt. The Danish patient safety experience: the Act on Patient Safety in the Danish health care system. Italian Journal of Public Health, Vol 2, Iss 3-4 (2005).

31. Lötjönen, S. Meditsiinhajude kompenseerimine Soomes. Juridica nr 2, 1997.
32. Merilind, E. Mis eristaks arsti roolijoodikust. Äripäev, 12.05.2017. Kättesaadav: https://www.aripaev.ee/uudised/2017/05/11/eero-merilind-mis-eristaks-arsti-roolijoodikust?utm_source=copypaste (28.04.2020)
33. Nõmper, A. Stigma abordi kaasus. Juridica nr 7, 2000.
34. Nõmper, A., Sootak, J. Meditsiiniõigus. Kirjastus Juura, 2007.
35. Nõmper, A., Kiivet, R.-A., Tammepuu, K. Ettepanek: vähendada tervishoiutöötaja vastutust patsiendikindlustuse loomiseks. Juridica nr 1, 2019.
36. Optimisation of the Danish incident reporting system. Recommendations by a working group appointed by the Board of the Danish Society for Patient Safety. Published by the Danish Society for Patient Safety, 2016. Kättesaadav: <https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/09/optimisationofthedanishincidentreportingsystem.pdf> (28.04.2020)
37. Orgse, T. Patsiendi ohutus kui teadvustamata probleem Eesti tervishoiupoliitikas. Magistritöö. Tartu 2010.
38. Pakanen, L., Keinänen, N., Kuvaja, P. Presumed adverse events in health care are a frequent indication for medico-legal autopsy in Finland. Forensic Science, Medicine and Pathology. Volume 16, 2020. Published online: 18.11.2019. Kättesaadav: [https://link.springer-com.ezproxy.utlib.ut.ee/article/10.1007/s12024-019-00193-4](https://link.springer.com.ezproxy.utlib.ut.ee/article/10.1007/s12024-019-00193-4) (28.04.2020)
39. Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu 19-0548/01. Kättesaadav Eelnõude Infosüsteemist: <http://eelnoud.valitsus.ee/main/mount/docList/beca6d50-8462-4746-8672-2860174edba1#5X58Uz73> (28.04.2020)
40. Patsiendikindlustuse seaduse eelnõu seletuskiri. Eelnõu nr 19-0548/01. Kättesaadav Eelnõude Infosüsteemist: <http://eelnoud.valitsus.ee/main/mount/docList/beca6d50-8462-4746-8672-2860174edba1#5X58Uz73> (28.04.2020)
41. Pello, G.-J. Arsti karistusõiguslik vastutus hoolsuskohustuse ja teavitatud nõusoleku saamise kohustuse rikkumise korral. Magistritöö. Tartu, 2015.
42. Pihlak, A. Kõhuvalu ja iiveldus lõppes surmaga: Tallinna tipphaigla eiras 59-aastase naise halvenevat tervist. Delfi. 07.01.2020. Kättesaadav: <https://www.delfi.ee/news/paevauudised/krimi/kohuvalu-ja-iiveldus-loppes-surmaga-tallinna-tipphaigla-eiras-59-aastase-naise-halvenevat-tervist?id=88579243> (28.04.2020)

43. Plocharska, M. A., Horsbøl Hansen, M. Optimization of Incident Reporting System for Danish Healthcare. Master's thesis. Aalborg University. June 2015. Kättesaadav: <https://projekter.aau.dk/projekter/files/213503245/grp1075bedoemmelse2015.pdf> (28.04.2020)
44. Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., jt. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. QJM: An International Journal of Medicine, Volume 108, Issue 4, April 2015. 29.07.2014.
45. Rekand, T. Osa ravivigu oleks välditavad, kui Eesti looks patsiendi kaitse süsteemi. Eesti Päevaleht, 20.04.2011. Kättesaadav: <https://epl.delfi.ee/eesti/osa-ravivigu-oleks-valditavad-kui-eesti-looks-patsiendi-kaitse-susteemi?id=51295738> (28.04.2020)
46. Quick, O. Medicine, mistakes and manslaughter: a criminal combination? Cambridge Law Journal, 69(1), March 2010.
47. Samson, E. Kriminaalõiguse üldosa. Tallinn, 2001.
48. Soosaar, A. Meditsiinieetika. Tartu Ülikooli kirjastus, 2016. E-raamat. Kättesaadav: <http://meditsiinieetika.ut.ee> (28.04.2020)
49. Sootak, J. Meditsiiniõiguse eetilistest lähtekohtadest. Juridica nr 8, 1995.
50. Sootak, J. Karistatav tegevusetus – unustatud dogmaatikafiguur. Juridica nr 7, 2000.
51. Sootak, J. Ettevaatamatus – uuenev dogmaatikafiguur. Juridica nr 2, 2003.
52. Sootak, J. Karistusõigus. Üldosa. Kirjastus Juura, 2018.
53. Sootak, J., Pikamäe, P. Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne. Kirjastus Juura, 2015.
54. Svansoe, V. L. Patient safety without the blame game. BMJ, vol 347. 27.07.2013. Kättesaadav: <https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/724779?path=/bmj/347/7918/Feature.full.pdf> (28.04.2020)
55. Tadros, V. Recklessness and the Duty to Take Care. Artiklikogumikust Criminal Law Theory: Doctrines of the General Part. Toimetanud Shute, S., Simester, A.P. Oxford University Press, 2002.
56. Technical assistance for establishing a patient safety system in Estonia. Mission report. World Health Organization regional office for Europe. June 2017. Kättesaadav: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/355575/Patient-Safety-Estonia-en.pdf?ua=1 (28.04.2020)

57. Ulfbeck, V., Hartlev, M., Schultz, M. Malpractice in Scandinavia. Chicago-Kent Law Review. Vol 87, no 1, 2012.
58. Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., jt. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. BMJ Quality & Safety 2014, 15.11.2013. Kättesaadav: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/4/325.full.pdf> (28.04.2020)

Kasutatud normatiivaktid

1. Eesti Vabariigi Põhiseadus. RT 1992, 26, 349.
2. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. RT II 2010, 14, 54.
3. Karistusseadustik. RT I 2001, 61, 364
4. Võlaõigusseadus. RT I 2001, 81, 487
5. Taani tervishoiuseadus (Danish Health Care Act ehk Bekendtgørelse af sundhedsloven). LBK nr 903 af 26/08/2019. Kättesaadav Taani riigiteatajast: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110> (28.04.2020)

Kasutatud kohtupraktika

1. RKKKo 3-1-1-63-00. 30.05.2000.
2. RKKKo 3-1-1-32-05. 06.05.2005.
3. RKKKo 3-1-1-136-05. 08.03.2006.
4. RKKKo 3-1-1-90-06. 20.11.2006.
5. RKKKo 3-1-1-79-10. 29.11.2010.
6. RKKKo 3-1-1-33-14. 20.06.2014.
7. RKKKo 3-1-1-45-14. 10.10.2014.
8. RKKKo 1-15-6223. 29.12.2017.
9. RKKKo 1-17-7111. 10.10.2019.
10. EIKo 3853/14, 29.03.2016, A. V.vs.Eesti.
11. EIKo 49045/13, 12.09.2017, Rõigas vs. Eesti

Kasutatud muud allikad

1. Adverse drug events and incidents with medical devices and other healthcare products. Danish Medicines Agency, 02.08.2016. Kättesaadav: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/sideeffects/adverse-events-and-incidents/> (28.04.2020)
2. Arutelu Eesti Rahvusringhäälingu saates Suud puhtaks. Arutelus osalejad: Einasto, M., Orgse, T., Allikvee, R., Kannus, A. jt. Esmaeetris 11.09.2018.

- Kättesaadav ERR arhiivist: <http://arhiiv.err.ee/vaata/suud-puhtaks-57>
(28.04.2020)
3. Can healthcare personnel be sued directly? The Norwegian System of Patient Injury Compensation koduleht. Kättesaadav: <https://www.npe.no/en/contribution-scheme/regulations/can-healthcare-personnel-be-sued-directly/> (28.04.2020)
 4. Types of injury. For those suspecting an injury. Kättesaadav Patient Insurance Centre kodulehelt: <https://www.pvk.fi/en/For-those-suspecting-an-injury/types-of-injury/> (28.04.2020)
 5. General information. Annual Report. Patient Insurance Centre. Kättesaadav Patient Insurance Centre kodulehelt: <https://www.pvk.fi/en/patient-insurance-centre/general-information2/> (28.04.2020)
 6. History. The Patient Compensation Association'i koduleht. Kättesaadav: <https://pebl.dk/en/about-the-danish-patient-compensation-association/history>
(28.04.2020)
 7. History of the Norwegian patient injury system. The Norwegian System of Patient Injury Compensation koduleht. Kättesaadav: <https://www.npe.no/en/About-NPE/Organisation/history-norwegian-patient-injury-system/> (28.04.2020)
 8. If you are unhappy with the treatment you received. Know your rights. Information about using health services in Finland and abroad. Kättesaadav EU-healthcare.fi kodulehelt: <https://www.eu-healthcare.fi/know-your-rights/patients-means-of-legal-protection-and-appeals/if-you-are-unhappy-with-the-treatment-you-received/> (28.04.2020)
 9. Injured in Connection of Medical Treatment or Medicine? Leaflet. Published by the Patient Compensation Association. 2nd edition, 2018. Kättesaadav: https://pebl.dk/~media/pjecer/engelske-pjecer/medical_treatment_2018.ashx?la=en (28.04.2020)
 10. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. Kättesaadav Institute for Healthcare Improvement'i kodulehelt: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAES.aspx> (28.04.2020)
 11. Insurance and Malpractice. Final report of HOPE's Sub-Committee on Coordination. Standing Committee of the Hospitals of the European Union. 12.04.2004. Kättesaadav: <http://www.hope.be/wp->

- [content/uploads/2015/11/71_2004_OTHER_Insurance-and-malpractice-report.pdf](#) (28.04.2020)
12. Kirjavahetus Justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika nõuniku Andri Ahvenaga. Vastuse saamise kp: 12.02.2020.
 13. Patient safety. From information to action. Kättesaadav WHO kodulehelt: https://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/en/ (28.04.2020)
 14. Post-operative sepsis after abdominal surgery. Health Care Quality Indicators: Patient Safety. Kättesaadav OECD.Stat kodulehelt: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884> (28.04.2020)
 15. Supervision of healthcare in Finland. Information about using health services in Finland and abroad. Kättesaadav EU-healthcare.fi kodulehelt: <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/supervision-of-healthcare-in-finland/> (28.04.2020)
 16. Targets and Tasks. Danish Patient Safety Authority. Kättesaadav: <https://en.stps.dk/en/about-us/targets-and-tasks/> (28.04.2020)
 17. What are the criteria to qualify for compensation for a patient injury? The Norwegian System of Patient Injury Compensation koduleht. Kättesaadav: <https://www.npe.no/en/information-compensation-claimants/information-making-application-patient-injury/criteria-to-qualify-for-compensation/> (28.04.2020)
 18. Who will settle your case? Danish Agency for Patient Complaints koduleht. Kättesaadav: <https://stpk.dk/da/english/complaint-about-health-care/~media/536056C86B5544DFB426F8222DE04B0B.ashx> (28.04.2020)

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kirsika Kuutma,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Tervishoiutöötaja kriminaalvastutuse muutmise vajalikkusest Eestis, mille juhendaja on Mare Tannberg,
 - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tallinnas **29.04.2020.**